**Notfallmedikamentengabe in der Schule**

 **(auch bei Unterrichtsgängen, eintägigen Klassenfahrten und mehrtägigen Klassenfahrten)**

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Schülerin/des Schülers: |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Adresse: |  |
| Krankenversicherung: |  |
| Diagnose Grunderkrankung/en und ggf. Akuterkrankung: |  |

In folgenden Fällen ist ein **Notfallmedikament** zu verabreichen:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Beschreibung des** **Notfalls** | **Medikament** | **Dosis** | **Angaben zum genauen****Verabreichungszeitpunkt** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Ein Notarzt muss, bezogen auf die **Grund- und/ oder Akuterkrankung**, in folgenden Fällen hinzugezogen werden:

|  |
| --- |
|  |

**Änderungen in der Medikation (z.B. Zeitpunkt, Dosierung oder Art des Medikaments, Absetzen des Medikaments) werden der Schule unaufgefordert und unverzüglich mitgeteilt.**

**Eine aktuelle ärztliche Verordnung wird zeitgleich eingereicht.**

**Das Medikament wird in Originalverpackung der Schule übergeben.**

**In der Regel werden die Medikamente vom examinierten Pflegepersonal der Schule verabreicht.**

**Ich / wir erklären uns einverstanden, dass im Fall der Abwesenheit des examinierten Pflegepersonals auch eine Lehrkraft der Schule die Medikamente verabreicht. (z.B. auf Unterrichtsgängen, eintägigen Klassenausflügen).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Datum, Unterschrift gesetztl. Vertretung |  | Datum, Unterschrift  gesetztl. Vertretung |

|  |
| --- |
|  |
| Datum, Unterschrift/Stempelbehandelnde/r Ärztin/Arzt |