

Name: _____
 Strasse: _____
 PLZ, Wohnort: _____
 Tel.: _____

Ausgabe von Medikamenten

Wir bitten das SBBZ Luise von Baden Heidelberg/Neckargemünd
 unserer Tochter / unserem Sohn _____

- die vom Arzt verordneten Medikamenten zu verabreichen
- die vom Arzt verordnete Einnahme der Medikamenten zu überwachen

Notfallmedikament ja nein

wenn ja, welches Medikament? Name: _____
 Dosis: _____

Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Die Verordnung des behandelnden Arztes bitten wir nachfolgend eintragen zu lassen
 - bei **regulärem** Schulablauf

Anzahl	Zeitpunkt	Tabletten / Tropfen / o. ä.	Name des Medikaments

Die Verordnung des behandelnden Arztes bitten wir nachfolgend eintragen zu lassen
 - bei Schullandheimaufenthalten oder Übernachtung in der Schule o. ä.

Anzahl	Zeitpunkt	Tabletten / Tropfen / o. ä.	Name des Medikaments

 Stempel und Unterschrift des Arztes

Für die Verabreichung der Medikamente sind verantwortlich

Für die Verabreichung der Medikamente sind verantwortlich:	
1. _____	2. _____

N. Soerensen
 (Direktorin)