



Sorgeberechtigte/r

---

---

## Formular zur Verabreichung von Notfallmedikamenten

(gemäß Erlass des Niedersächsischen Kultusministeriums vom 10.05.2016)

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Ärztliche Diagnose: \_\_\_\_\_

Name des Medikaments: \_\_\_\_\_

Das Notfallmedikament befindet sich: \_\_\_\_\_

Die Notfallmedikamente sind wie folgt zu verabreichen:

In welchem Fall (Wann verabreichen/ Zeitpunkt?) \_\_\_\_\_

---

In welcher Form (Dosis)? \_\_\_\_\_

---

Nebenwirkungen: \_\_\_\_\_

Notfallkontakt: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Bitte unbedingt beilegen: Tel: \_\_\_\_\_

Kopie der ärztlichen Verordnung

Kopie des Beipackzettels

Ich/wir übertragen hiermit den Mitarbeitenden der Grundschule Bockhorster Weg die freiwillige Verabreichung des oben genannten Notfallmedikaments gemäß dieser Anweisung. Ich/wir stellen die Schule und die handelnden Personen von der Haftung frei, soweit kein vorsätzliches Handeln vorliegt (entsprechend den Regelungen des SGB VII). Ich/wir verpflichte/n uns, jede Veränderung des Gesundheitszustands, der Medikation oder der Notfallkontakte unverzüglich mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum Unterschrift Sorgeberechtigte\*r)