



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)