

## Formular zur Medikamentenabgabe

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

|                                                                     |                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bezeichnung des Medikaments<br>(Handelsname / Wirkstoff):           |                                                                                                                                                                                                 |
| Dosierung (laut Arzt):                                              |                                                                                                                                                                                                 |
| Einnahmezeit(en):                                                   |                                                                                                                                                                                                 |
| Grund der Einnahme:                                                 |                                                                                                                                                                                                 |
| Datum der letzten ärztlichen<br>Aktualisierung / Rezeptausstellung: |                                                                                                                                                                                                 |
| Beiliegende Unterlagen:                                             | <input type="checkbox"/> Arztbrief<br><input type="checkbox"/> Medikamentenplan<br><input type="checkbox"/> Liste Allergien<br><input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> _____ |

### Erklärung der Eltern / Sorgeberechtigten

Ich bestätige, dass die oben angegebenen Daten vollständig und korrekt sind und das Medikament in der Originalverpackung mit eindeutiger Beschriftung abgegeben wird. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Schule Meggen das Medikament gemäß den ärztlichen Vorgaben verabreicht.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Eltern / Sorgeberechtigte: \_\_\_\_\_