



Verordnung der Ärztin oder des Arztes

Name, Vorname, Klasse: _____

Die unten angeführten Medikamente dürfen in der Schule verabreicht werden und müssen zu den genannten Tageszeiten oder im angegebenen Fall wie folgt eingenommen werden.

	Medikamentenname	Uhrzeit	Verabreichungsart	Dosis	Dauer der Einnahme

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Beschränkte Schweigepflichtsentbindung

Ich entbinde die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt gegenüber

(Name der Schule oder der ermächtigten Person)

von der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 StGB. Diese Schweigepflichtsentbindung bezieht sich nur auf die in der Schule zum fürsorglichen Umgang mit der Erkrankung erforderlichen personenbezogenen Daten meines Kindes und beschränkt sich auf die Verabreichung/Unterstützung bei der Verabreichung von Medikamenten.

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte