**Mitteilung zur Verordnung von Medikamenten**

Bitte einmal jährlich für jeden Schüler ausfüllen, der Medikamente bekommt, damit wir im Notfall einen Arzt entsprechend informieren können.

**Allgemeine Angaben**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname |  |  |
| Hausarzt (Name/Telefon) |  |  |
| Medikation | selbständig? | über Schule? |

**Medikamente**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name des Medikamentes | Dosierung  Morgens Mittags Abends | | | Hinweise / Bemerkungen |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Allergien / Unverträglichkeiten / Sonstiges**

|  |  |
| --- | --- |
| Welche? |  |
| Medikament? |  |
| Einnahme? |  |
| Bemerkungen |  |

**Anfallsleiden/Epilepsie**

|  |  |
| --- | --- |
| Anfallsleiden? |  |
| anfallsfrei seit … |  |
| Häufigkeit der Anfälle  evtl. tageszeitliche Bindungen |  |
| Ein typischer Anfall dauert |  |
| So verhält er/sie sich nach einem Anfall |  |
| Notfallmedikation  wann zu verabreichen?  welchen Arzt informieren? |  |
| Gibt es nötige Einschränkungen beim/bei  Sport, Schwimmen, Radfahren, Fernsehen, Computerarbeit, Sonnenbestrahlung, Höhe, extrem körperlichen Anstrengungen, Umgang mit Werkzeugen/Maschinen?  Zutreffendes bitte unterstreichen! | |

Änderungen der mittäglichen Medikamenteneinnahme sind der Schule umgehend schriftlich mitzuteilen.

Datum: Unterschrift u. Stempel Unterschrift der

des Arztes Eltern/Betreuer/Bezugsbetr.