
Ärztliche Bescheinigung und Antrag auf Ausgabe von Medikamenten zur Vorlage an der LVR-Förderschule

Anna-Freud-Schule, Sekundarstufe I und II, Alter Militärring 96, 50933 Köln

Name der Schülerin/des
Schülers:

Geburtsdatum:

Adresse:

Krankenversicherung:

Diagnose Grunderkrankung/en und ggf. Akuterkrankung:

Medikament	1. Ausgabe		2. Ausgabe		3. Ausgabe	
	Dosis	Zeit	Dosis	Zeit	Dosis	Zeit

Allergien/Unverträglichkeiten:

Anlage A:

Ein Notarzt muss, bezogen auf die **Grund- und/ oder Akuterkrankung**, in folgenden Fällen hinzugezogen werden:

In folgenden Fällen ist ein **Notfallmedikament** zu verabreichen:

Notfall	Medikament	Dosis	Verabreichungszeitpunkt

Änderungen in der Medikation der Grund- und/ oder Akuterkrankung und in Notfällen (z.B. Zeitpunkt, Dosierung oder Art des Medikaments, Absetzen des Medikaments) werden der Schule unaufgefordert und unverzüglich mitgeteilt.

Die Verschreibung der o.g. Medikamente erfolgt in Kenntnis des in der o.g. Schule eingesetzten und für die Verabreichung der Medikamente während der Schulzeit zuständigen Personals.

Die o.g. Schule wird außerdem ermächtigt, die zur Verfügung gestellten Medikamente am letzten Schultag vor den Ferienzeiten an die Schülerin/ den Schüler herauszugeben (bzw. nach Absprache in der Schule zu belassen) und nicht mehr benötigte oder abgelaufene Medikamente der Schülerin/des Schülers fachgerecht zu entsorgen.

Datum, Unterschrift gesetzliche Vertretung

Datum, Unterschrift/Stempel
behandelnde/r Ärztin/Arzt

Einverständniserklärung der gesetzlichen Vertretung zur Medikation an der LVR-Förderschule

Anna-Freud-Schule, Sekundarstufe I und II, Alter Militärring 96, 50933 Köln

Name der Schülerin/
des Schülers:

Geburtsdatum:

Adresse:

Hiermit erkläre/n ich mich/ wir uns einverstanden, dass das Personal der o.g. LVR-Förderschule bei meinem Kind die Medikation entsprechend der vorgelegten ärztlichen Bescheinigung vornimmt.

Bei gesundheitlichen Auffälligkeiten oder in Notfällen bin ich umgehend zu informieren.

Name: _____ **Telefonnummer:** _____

Name: _____ **Telefonnummer:** _____

Datum

Name

Unterschrift

Datum

Name

Unterschrift

Anlage C:

Einverständniserklärung der gesetzlichen Vertretung zur eigenständigen Medikamenteneinnahme durch die Schülerin bzw. den Schüler an der LVR-Förderschule

Anna-Freud-Schule, Sekundarstufe I und II, Alter Militärring 96, 50933 Köln

Name der Schülerin/
des Schülers:

Geburtsdatum:

Adresse:

Hiermit erkläre/n ich mich/ wir uns einverstanden, dass mein/unser o.g. Kind die Medikation entsprechend der vorgelegten ärztlichen Bescheinigung eigenständig und unter Aufsicht der Personals der LVR-Förderschule _____ einnimmt.

Bei gesundheitlichen Auffälligkeiten oder in Notfällen bin ich umgehend zu informieren.

Name: _____ **Telefonnummer:** _____

Name: _____ **Telefonnummer:** _____

Datum

Name

Unterschrift

Datum

Name

Unterschrift

Anlage F:

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Gesetzlich Bevollmächtigte:

Name:	_____	Name:	_____
Vorname:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____	Geburtsdatum:	_____
Anschrift:	_____	Anschrift:	_____
	_____		_____

Wir entbinden hiermit:

Die Ärzte/den Arzt/die Ärztin: _____
Adresse: _____
Telefon: _____
Email: _____
Fax: _____

von der ärztlichen Schweigepflicht bzgl. der Behandlung unseres Kindes/Pflegekindes:

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Diese Entbindung gilt gegenüber der folgenden Schule:

Name der Schule: LVR-Anna-Freud-Schule
Adresse: Alter Militärring 96. 50933 Köln
Telefon: 0221-554046-0
Email: anna-freud-schule@lvr.de
Fax: 0221-554046-199

Träger dieser Schule ist der Landschaftsverband Rheinland, Dezernat Schulen und Integration, Kennedy-Ufer 2, 50669 Köln (schulen-integration@lvr.de)

Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass die Mitarbeiter/-innen der o.g. Schule die pädagogischen, psychologischen, medizinischen und therapeutischen Berichte und Unterlagen zur Verfügung gestellt bekommen oder Einsicht nehmen können, soweit die darin enthaltenen Informationen zum Gesundheitszustand sowie zum Betreuungs- und Unterstützungsbedarf meines / unseres Kindes erforderlich sind, um die Teilnahme unseres Kindes am Schulalltag zu gewährleisten. Dies ist etwa der Fall, wenn während des Unterrichts eine Komplikation auftritt, die umgehendes Handeln wie eine Medikamentengabe oder therapeutisches oder ärztliches Eingreifen erfordert. Die Informationen werden ausschließlich zu den zuvor genannten Zwecken genutzt und werden darüber hinaus ohne mein/unser ausdrückliches Einverständnis Dritten nicht zugänglich gemacht. Diese Schweigepflichtenentbindung kann jederzeit komplett oder teilweise widerrufen werden. Es wird bestätigt, dass wir/ich ausführlich über den Sinn und Zweck dieser Erklärung und über die Folge der Nichtabgabe beraten worden sind/bin.

Ort, Datum

1. Unterschrift

2. Unterschrift

Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten von nicht rezeptpflichtigen Arzneimitteln/ Salben aus dem Bestand der Pflegeabteilung

Anna-Freud-Schule, Sekundarstufe I und II, Alter Militärring 96, 50933 Köln

Name der Schülerin/des Schülers: _____

Geburtsdatum: _____

nicht rezeptpflichtigen Arzneimitteln	Wirkstoff	Anwendung	Einverständnis	
			JA	NEIN
Panthenol-Salbe 5% /100g	Dexpanthenol	Unterstützung der Heilung von Hautschädigungen		
PVP-Jod Salbe 100mg/g	Povidon-Jod	Antiseptikum bei Wundinfektion		
Diclo- ratiopharm 10mg/g	Diclofenac-Natrium	schmerzstillendes, entzündungshemmendes, kühlendes Gel		
Fenistil Gel 1mg/g	Dimetindenmaleat	kurzfristige Linderung von Juckreiz, Insektenstich, allergischen Hautkrankheiten, Verbrennung 1. Grades, Sonnenbrand		
Wunddesinfektion Spray	Octenisept	Antiseptikum zur unterstützenden Wundbehandlung		
Ätherisches Öl Pfefferminzöl	Pfefferminzöl	Auftragen auf Stirn / Schläfe bei Kopfschmerzen und Schnupfen		
Urgo Tül	Paraffin Vaseline Polymeren	Flexible Lipidkolloid Wundauflage bei Verbrennung, Schürfwunden, zur Verbesserung der Wundheilung		

Allergien/Unverträglichkeiten: _____

Datum, Unterschrift gesetztl. Vertretung

Datum, Unterschrift gesetztl. Vertretung