

Hier kann das
Schullogo /der
Briefkopf der Schule
eingefügt werden

Ärztlicher Behandlungsplan

für das Kind _____
Nachname Vorname Geburtsdatum

Zur Verabreichung von Medikamenten bzw. Notfallmedikamenten **während der Schulzeit.**

Dauermedikation			
Medikamentenname und Medikamentenstärke (z.B. in mg)	Uhrzeit der Verabreichung	Dosierung	Art der Einnahme

Bedarfsmedikation			
Medikamentenname und Medikamentenstärke (z.B. in mg)	Bei welchen Beschwerden	Dosierung (Maximaldosis)	Art der Einnahme

Notfallmedikation und Notfallmaßnahmen
Behandlungsschema: 1. 2. 3.

Was ist zu beachten? Nebenwirkungen?

Datum, Unterschrift und Stempel des
Arztes/der Ärztin