

---

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

---

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: Muster Ärztliche Bescheinigung

---

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 gesetztl. Vertretung

---

Datum, Unterschrift/Stempel  
behandelnde/r Ärztin/Arzt