



## Anlage 1 b

# Ärztliche Anordnung und elterliche Beauftragung zur medizinischen Notversorgung bei SchülerInnen mit Allergien oder Anfällen

Schülerin / Schüler:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Hiermit beauftragen wir die Betreuungspersonen für die / den oben genannten Schüler/in, folgende Medikamente in der angegebenen Dosis und zu den angegebenen Bedingungen im Notfall dem / der Schüler/in zu verabreichen. Die Anordnenden bzw. Beauftragenden sichern für diese Anordnung bzw. Beauftragung eine Haftungsfreistellung zu.

Tritt nach der Medikamentenverabreichung keine Besserung ein, wird der Notarzt gerufen, der die Notversorgung durchführt.

Bitte gut leserlich eintragen!

	Medikament	genaue Zeitanordnung und Dosierung Beschreibung der Notfallsituation / Bemerkung

Anordnender Arzt:

Name: \_\_\_\_\_

Adresse (Stempel): \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Beauftragung (Einverständniserklärung) der Sorgeberechtigten (Eltern):

Ort, Datum : \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_