

Medizinische – Pflegerische Versorgung in der Schule Inhalation

Name des Schülers/ der Schülerin: _____

Name/ Anschrift des Arztes _____

Der/die o.g. Schüler/in muss in der Schule zu folgenden Zeiten inhalieren:

_____ Uhr _____ Uhr

Inhalationsgerät: _____

Basislösung: _____

Medikament: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Anschrift/ Tel. der Erziehungsberechtigten: _____

Wir beauftragen die Schule, die Verordnung des Arztes, von einer ausgebildeten Fachkraft des festangestellten Pflegeteams, Lehrer durchführen zu lassen.

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten