

Medizinische – Pflegerische Versorgung in der Schule Katheterisieren

Name des Schülers /der Schülerin: _____

Name / Anschrift des Arztes: _____

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

ca. _____ Uhr ca. _____ Uhr ca. _____ Uhr

- **Art des Katheter:**
- **Medikamente:**
(Art des spezielles Desinfektionsmittel)
- **Hilfsmittel:**
(sterile Handschuhe, Mullkompressen)

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Name/ Anschrift der Erziehungsberechtigten: _____

Wir beauftragen die Schule, die Verordnung des Arztes, von einer ausgebildeten Fachkraft der
Kranken- Pflege durchführen zu lassen.

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten