

Vorname, Name: _____

geboren am: _____

muss im Bildungszentrum St. Wolfgang von _____ bis _____ folgendes Medikament / folgende verschreibungspflichtige / nicht verschreibungspflichtige (zutreffendes unterstreichen) Medikamente in der angegebenen Dosierung verabreicht werden:

Medikament	Uhrzeit	Dosierung und Verabreichungsform

erstmalige Verordnung

Änderung der Dosierung

Die alleinige Haftung für die Angaben über die Darreichungsform und die Dosierung, sowie für die Bereitstellung des zu verabreichenden Medikaments mit Beipackzettel übernehmen alleine die Unterzeichner dieser Anweisung. Bitte teilen Sie uns jede Änderung in der Medikamentengabe umgehend schriftlich mit!

Wir/Ich verpflichte(n) uns/mich das Bildungszentrum St. Wolfgang über jede Änderung der Dosierung oder auch die Absetzung des Medikaments unmittelbar schriftlich zu informieren.

Ort, Datum

Unterschrift(en) aller Sorgeberechtigten

(Nur bei verschreibungspflichtigen Medikamenten)

Als verordnender Arzt*Ärztin bestätige ich hiermit die Richtigkeit der obenstehenden Angaben:

Eine ärztliche Einweisung ist notwendig:

Ja

Nein

Eine Einweisung durch die Sorgeberechtigten ist ausreichend:

Ja

Nein

Ort, Datum

Praxisstempel und Unterschrift