

Ärztliche Bescheinigung (Fax-Nr. Heimleitung: 09421-542-224)

Das Kind _____
(Name, Vorname)

geb. _____

soll nach meiner ärztlichen Anordnung folgende(s) Medikament(e) einnehmen:

1. Bezeichnung des Medikaments: _____

2. Dosierung: _____

3. Zeitpunkt der Einnahme: _____

ggf. weiteres Medikament:

1. Bezeichnung des Medikaments: _____

2. Dosierung: _____

3. Zeitpunkt der Einnahme: _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Einverständnis der Eltern

Ich bin damit einverstanden, dass das pädagogische Personal im Internat/in der Sonderpädagogischen Tagesstätte am Institut für Hörgeschädigte das genannte Medikament verabreicht.

Mein Kind ist selbständig in der Lage, das verordnete Medikament in der genannten Dosierung einzunehmen.

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten