



# EVS-HPT-Schule Hinweis Vereinbarung med. Betreuungsleistungen



## Ärztliche Anordnung und elterliche Beauftragung zur medizinischen Notversorgung

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Ihres Kindes

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer für Notfälle

**Diagnose:** \_\_\_\_\_

**Erste Anzeichen für einen Notfall (z.B. epileptischer Anfall):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Typischer Verlauf eines Notfalls:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Notwendige Maßnahmen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Notfallmedikament:**

Hiermit beauftragen wir die zuständigen Mitarbeiter/innen der Einrichtung sowie des Fahrdienstes, unserem Kind folgende Medikamente in der angegebenen Dosis und zu den angegebenen Bedingungen im Notfall zu verabreichen. Die Anordnenden bzw. Beauftragenden sichern für diese Anordnung bzw. Beauftragung eine Haftungsfreistellung zu.

<b>Datum der Verordnung</b>	<b>Medikament</b>	<b>Indikation (genaue Zeitanordnung und Dosierung, Bemerkung)</b>

**Sonstige Informationen (z.B. Aufbewahrung der Medikamente):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Änderungen der Medikation müssen sofort bekannt gegeben werden.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin