



## Verabreichung von Medikamenten im Notfall

(Rechtsgrundlage § 93 Landw. SchulG)

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

Ich nehme zur Kenntnis, dass im Notfall insbesondere folgende Lehrkräfte meinem Kind die unten angeführten Medikamente laut ärztlichem Notfallplan verabreichen sowie weitere Maßnahmen laut Notfallplan setzen (zB Lagerung):

1) \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

3) bei Mehrfachnennungen siehe angehängte Liste

Ich habe die Lehrkräfte über die Erforderlichkeit der Verabreichung von den unten angeführten Notfallmedikamenten aufgrund folgender Erkrankung bzw. Allergie

\_\_\_\_\_

aufgeklärt und die Notfallsituation, in der meinem Kind die unten angeführten Medikamente zu verabreichen sind, genau besprochen. Die Medikamente werden von mir den ermächtigten Lehrkräften in ordnungsgemäßem Zustand in der Originalverpackung samt Beipacktext zur Verfügung gestellt und rechtzeitig erneuert. Ich halte mit den Lehrkräften regelmäßigen Kontakt und stelle ihnen einen immer aktuellen genauen Notfallplan und zumindest zwei aktuelle Telefonnummern zur Verfügung.

Telefon 1: \_\_\_\_\_

Telefon 2: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der einsichts-und urteilsfähigen Schülers/in

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

### Vom Arzt/von der Ärztin auszufüllen:

Die unten angeführten Medikamente sind im Notfall wie folgt zu verabreichen:

Name des Medikaments	Art der Verabreichung	Dosis

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

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

[www.salzburg.gv.at](http://www.salzburg.gv.at)

Amt der Salzburger Landesregierung | Abteilung 4 Lebensgrundlagen und Energie

Postfach 527 | 5010 Salzburg | Österreich | Telefon +43 662 8042 0\* | [post@salzburg.gv.at](mailto:post@salzburg.gv.at)