Handhabung von Medikamenten

Foto des Kindes

für regelmässige lebensnotwendige Abgaben und Notfälle

**ANWEISUNG FÜR LEHR- UND BETREUUNGSPERSONEN**

Auszufüllen durch Erziehungsberechtigte (nicht von Hand ausfüllen !!)

**abdecken**

**abdecken**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anweisung betreffend (Name / Vorname Schüler/in): | | | |
| Schulhaus, Klasse des/der Schüler/in: | | | |
| Im Notfall zu kontaktierende Person 1  (Name / Vorname / Mobile-Nr.): | Im Notfall zu kontaktierende Person 2  (Name / Vorname / Mobile-Nr.): | | |
| Zuständige Ärztin / zuständigerr Arzt (Name / Vorname / Telefon-Nr.): | | | |
| Wie heisst das Medikament / heissen die Medikamente? | | | |
| In welchem Fall muss das Medikament / müssen die Medikamente verabreicht werden? (Anzeichen, regelmässige Abgabe, Auslöser, …) | | | |
| Wie muss das Medikament / müssen die Medikamente abgegeben werden? (Dosierung, Häufigkeit / Rhythmus, …) | | | |
| Spezielle Hinweise: | | | Das Kind nimmt das Medikament / die Medikamente selbst ein / wendet es selbst an. |
| Wer darf das Medikament abgeben? | | Wenn links angekreuzt ist und untenstehend kein Name genannt ist, dann dürfen alle Personen dieser Funktionsgruppe Ihrem Kind die entsprechenden Medikamente abgeben. Wenn nur einzelne Personen die Medikamente abgeben dürfen, dann bitte unten deren Namen und Vornamen eintragen. | |
| die Klassenlehrperson | |  | |
| die weiteren Lehrpersonen | |  | |
| die Stellvertretungen der oben aufgeführten Lehrpersonen, wenn keine der oben aufgeführten Lehrpersonen anwesend ist. | | Wenn Sie dieses Feld links nicht ankreuzen, kann das Medikament / können die Medikamente im Notfall durch Stellvertretungen nicht abgegeben werden. Tritt ein Notfall ein, versuchen wir Sie telefonisch für weitere Instruktionen zu erreichen.  Wir empfehlen Ihnen, diese Option anzukreuzen. | |
| die Betreuungspersonen (Mittagstisch, Hort etc.) | |  | |
| die Stellvertretungen der oben aufgeführten Betreuungspersonen, wenn keine der oben aufgeführten Betreuungspersonen anwesend ist. | | Wenn Sie dieses Feld links nicht ankreuzen, kann das Medikament / können die Medikamente im Notfall durch Stellvertretungen nicht abgegeben werden. Tritt ein Notfall ein, versuchen wir Sie telefonisch für weitere Instruktionen zu erreichen.  Wir empfehlen Ihnen, diese Option anzukreuzen. | |
| die weiteren Schuldienstmitarbeitenden (z.B. Logopädie, Psychomotorik) | |  | |
| Was dürfen/sollen die Mitschüler/innen bezüglich der medizinischen Situation des Kindes wissen: | | | |
| Die Eltern sind sich bewusst, dass das Personal des Schultransports nicht instruiert ist. | | | |
| Datum / Unterschrift der Erziehungsberechtigten: | | | |