

An die
Grundschule Gymnich
Schulstraße 2
50374 Erftstadt

Elternantrag auf Medikamenteneinnahme / Unterstützung bei Medikamentengabe in der Schule

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____ Klasse: _____

Name(n) der Lehrkraft / Lehrkräfte, die freiwillig die Erinnerung bzw. Unterstützung übernehmen soll:

Teil 1 – Art der Medikamenteneinnahme (bitte ankreuzen / Mehrfachnennung möglich)

1.1) Regelmäßige Medikamenteneinnahme

Fall A: Selbstständige Einnahme

☐ Mein Kind nimmt das Medikament eigenständig ein.

- **Voraussetzung:** Ärztliche Bescheinigung bestätigt Selbstständigkeit, Dosierung und Uhrzeiten.
- Schule stellt lediglich den Rahmen zur Einnahme (ruhiger Platz, Zeitfenster).
- Keine Dokumentation durch Lehrkräfte.

Fall B: Überwachte Einnahme

☐ Mein Kind benötigt Unterstützung durch Erinnerung/Kontrolle/Dokumentation.

Bitte ankreuzen:

☐ Ohne akute Gesundheitsgefahr bei Auslassen (z. B. ADHS-Medikation)

☐ Mit akuter Gesundheitsgefahr bei Auslassen (z. B. Epilepsie-, Herz- oder Insulin-Medikation)

Pflichtangaben:

- **Voraussetzung:** Ärztliche Bescheinigung mit Dosierung, Uhrzeiten, Vorgehen bei Auslassen.
- Schriftliche Vereinbarung zwischen Eltern, Lehrkraft/Schulbegleitung und Schulleitung.
- Dokumentation der Einnahme in der Schule.
- Bei A2b zusätzlich: Notfallplan mit Vorgehen bei Anfall/Krise.

1.2) Bedarfssituation (Notfallmedikation)

Fall C: Bedarfssituation

☐ Mein Kind benötigt im Bedarfsfall ein Medikament (z. B. Allergie, Asthma).

- **Voraussetzung:** Ärztliche Bescheinigung mit Indikation („bei Bedarf ...“), Dosierung und Vorgehen.
- Eltern stellen das Medikament in Originalverpackung, beschriftet, zur Verfügung.
- Schule darf nur entsprechend der ärztlichen Vorgabe handeln.
- Dokumentation jeder Anwendung.

Teil 2 – Angaben zum Medikament

Nur vom Arzt /der Ärztin auszufüllen!

Nr.	Name Medikament	Uhrzeit	Form Verabreichung (oral, Salbe ...)	Art der Einnahme	Dosie- rung	Dauer (z.B. dauerhaft / nur für die Klassenfahrt / für 3 Wochen ...)
1.				☐ Selbstständige Einnahme ☐ Überwachte Einnahme ☐ Bedarfsmedikation		

☐ Das Auslassen der Medikation hat keine akuten gesundheitlichen Konsequenzen.

☐ Das Auslassen der Medikation kann akute gesundheitliche Konsequenzen haben. Ein Notfallplan ist beigelegt.

2.				☐ Selbstständige Einnahme ☐ Überwachte Einnahme ☐ Bedarfsmedikation		
----	--	--	--	---	--	--

☐ Das Auslassen der Medikation hat keine akuten gesundheitlichen Konsequenzen.

☐ Das Auslassen der Medikation kann akute gesundheitliche Konsequenzen haben. Ein Notfallplan ist beigelegt.

3.				☐ Selbstständige Einnahme ☐ Überwachte Einnahme ☐ Bedarfsmedikation		
----	--	--	--	---	--	--

☐ Das Auslassen der Medikation hat keine akuten gesundheitlichen Konsequenzen.

☐ Das Auslassen der Medikation kann akute gesundheitliche Konsequenzen haben. Ein Notfallplan ist beigelegt.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes / der Ärztin

Teil 3 – Verpflichtung der Eltern

- Ich bestätige, dass die Angaben vollständig und korrekt sind.
- Ich lege eine ärztliche Bescheinigung (s.o.) und – sofern erforderlich – einen Notfallplan bei.
- Ich stelle das Medikament in Originalverpackung, beschriftet, der Schule zur Verfügung.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigte: _____

Für Eltern: Weiterführende Informationen zum Thema (s. QR-Code):

<https://www.schulministerium.nrw/system/files/media/document/file/pdf-handreichung-zur-medikamentengabe-1.10.2021.pdf>



Name und Unterschrift der Lehrkraft die freiwillig die Erinnerung bzw. Unterstützung übernimmt:

Name Lehrkraft:

Ort, Datum: _____ Unterschrift Lehrkraft: _____

Sicherer Ort der Medikamentenlagerung (in Absprache Eltern): _____

Entscheidung der Schule

- ☐ Antrag wird genehmigt
☐ Antrag wird nicht genehmigt

Ort, Datum: _____ Unterschrift Schulleitung: _____

