

**AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI DURANTE LA PRESENZA
NELLE STRUTTURE DEL SISTEMA EDUCATIVO PROVINCIALE DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE
AI SENSI DELL'ARTICOLO 1, COMMA 5, DELLA LEGGE PROVINCIALE 16 LUGLIO 2008, N. 5
(compilare un modulo per ogni farmaco)**

Nome e cognome del bambino/a o alunno/a

Data di nascita ..Luogo di nascita

Residente a

Istituzione Classe/Sezione

Dirigente dell'Istituzione

Constatata la necessità

S I A U T O R I Z Z A

la somministrazione durante la permanenza nella struttura del seguente farmaco:

Malattia da trattare

Nome commerciale del farmaco.

Dose e modalità di somministrazione

Orario di somministrazione

Durata della terapia

Modalità di conservazione

Eventuali note di primo soccorso.

Numero di telefono del medico

Data e firma dei genitori/ esercenti la potestà genitoriale/ studente/essa maggiorenne	Data, timbro e firma del medico

**ERMÄCHTIGUNG ZUR VERABREICHUNG VON MEDIKAMENTEN WÄHREND DES
AUFENTHALTES IN DEN EINRICHTUNGEN DES BILDUNGSSYSTEMS DES LANDES IM SINNE
DES ARTIKELS 1, ABSATZ 5, DES LANDESGESETZES VOM 16. JULI 2008, NR. 5
(für jedes Medikament ein eigenes Formular ausfüllen)**

Vor- und Zuname des Kindes bzw. Schüler/in

Geburtsdatum .Geburtsort

Wohnhaft in

Einrichtung .Klasse/Sektion

Führungskraft der Einrichtung

**Nach Feststellung der Notwendigkeit wird die Verabreichung des folgenden Medikamentes während des
Aufenthalts in der Einrichtung**

ERMÄCHTIGT:

Zu behandelnde Krankheit

Handelsname des Arzneimittels

Dosis und Art der Verabreichung

Zeitplan der Verabreichung

Dauer der Therapie

Aufbewahrung des Arzneimittels

Eventuelle Anmerkungen zu Notfällen

Telefonnummer der Ärztin / des Arztes

Datum und Unterschrift der Eltern / Erziehungsberechtigten / volljährigen Schülerin bzw. Schülers	Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes