

Crèche Louklëppelcher  
Maison 84  
L-9768 Reuler

+ 352 27800-603  
[direction.clou@elisabeth.lu](mailto:direction.clou@elisabeth.lu)  
[clou.elisabeth.lu](http://clou.elisabeth.lu)

## Ermächtigung zur Durchführung einer Hilfeleistung Medikamentenverabreichung

Formular SEA-12

*Für jede ärztliche Verordnung bitte ein neues Formular „Ermächtigung zur Durchführung einer Hilfeleistung“ einreichen*

Ich, der Unterzeichnende \_\_\_\_\_  
Vorname und Nachname der erziehungsberechtigten Person

beantrage für mein Kind \_\_\_\_\_  
Vorname und Nachname des Kindes Sozialversicherungsnummer

auf ärztliche Verordnung des Arztes Dr. \_\_\_\_\_  
Name des Arztes

### Medikament 1:

Verabreichung des Medikaments \_\_\_\_\_  
Name des Medikaments

- Mein Kind wird **vorübergehend** medikamentös behandelt.  
 Mein Kind wird **regelmäßig** medikamentös behandelt.  
 Mein Kind befindet sich in einer Notsituation (gemäß Notfallprotokoll oder „Projet d'Accueil Individualisé“).

Gemäß der ärztlichen Verordnung für diese Krankheit ist das Medikament entsprechend folgender Dosierung zu verabreichen:

vom \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Datum)

bis zum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Datum).

\_\_\_\_\_ mal pro Tag,

zu folgenden Zeiten: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Uhr)

Das Medikament ist im Kühlschrank aufzubewahren:  ja  nein.

### Anmerkungen:

## Medikament 2:

Verabreichung des Medikaments \_\_\_\_\_  
Name des Medikaments

- Mein Kind wird **vorübergehend** medikamentös behandelt.
- Mein Kind wird **regelmäßig** medikamentös behandelt.
- Mein Kind befindet sich in einer Notsituation (gemäß Notfallprotokoll oder „Projet d'Accueil Individualisé“).

Gemäß der ärztlichen Verordnung für diese Krankheit ist das Medikament entsprechend folgender Dosierung zu verabreichen:

vom \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Datum)  
 bis zum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Datum).  
 \_\_\_\_\_ mal pro Tag,  
 zu folgenden Zeiten: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Uhr)  
 Das Medikament ist im Kühlschrank aufzubewahren:  ja  nein.

## Anmerkungen:

## Genehmigung:

Hiermit übertrage ich dem, für die Betreuung meines Kindes, zuständigen Personal des Service d'éducation et d'accueil (SEA) die Befugnis, meinem Kind das/die oben beschriebene(n) Medikament(e) zu verabreichen.  
 Ich bestätige hiermit, dass das Medikament vom behandelnden Arzt für die aktuelle Erkrankung meines Kindes verschrieben wurde.  
 Ich bin mir bewusst, dass ich dafür verantwortlich bin, die Informationen über den Gesundheitszustand meines Kindes auf dem neuesten Stand zu halten und die SEA unverzüglich schriftlich über alle wichtigen Änderungen in Bezug auf die Verabreichung dieser Medikamente an mein Kind zu informieren.  
 Diese Genehmigung läuft an dem Tag ab, an dem die ärztliche Verschreibung endet, spätestens jedoch am 14.09. des laufenden Schuljahres.

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der erziehungsberechtigten Person

- !! Unbedingt beifügen:**
- betreffendes ärztliches Rezept!!
  - die Packungsbeilage des Medikaments
  - den Dosierer (Löffel, usw.) des Medikaments

Der Verwaltung vorbehalten	
Formular eingereicht	am ____ / ____ / ____ um ____ Uhr
Art der Übermittlung	<input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> per Post <input type="checkbox"/> persönlich <input type="checkbox"/> Briefkasten Vorhalle _____