

Maison Relais Packatuffi

119, Am Bierg
L-9768 Reuler

+ 352 27800-602
inscription.rpac@elisabeth.lu
rpac.elisabeth.lu

Antrag auf Übertragung einer Hilfeleistung

Verabreichung von Medikamenten

Formular SEA-06

Bitte reichen Sie für jede ärztliche Verordnung ein neues Formular „Antrag auf Übertragung einer Hilfeleistung“ ein.

Ich, der/die Unterzeichnete(r) _____
Vorname und Nachname des gesetzlichen Vertreters des Kindes

beantrage für mein Kind _____
Vorname und Nachname des Kindes Sozialversicherungsnr. des Kindes

Auf ärztliche Verordnung des Arztes, Dr. _____
Name des Arztes

Medikament 1 :

Die Verabreichung des Medikaments _____
Name des Medikaments

Mein Kind befindet sich **vorübergehend** in ärztlicher Behandlung.
 Mein Kind befindet sich **regelmäßig** in ärztlicher Behandlung.
 Mein Kind befindet sich in einer Notfallsituation (gemäß Notfallprotokoll oder **Projet d'Accueil Individualisé** – Individuelles Betreuungsprogramm).

Gemäß der ärztlichen Verordnung für diese Krankheit ist das Medikament nach folgender Dosierung zu verabreichen:	ab dem ____/____/____ (Datum) bis zum ____/____/____ (Datum). _____ Mal pro Tag, zu den folgenden Zeiten : ____ / ____ / ____ (Uhr) Das Medikament muss im Kühlschrank aufbewahrt werden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein.
---	--

Anmerkungen

Medikament 2 :	
Die Verabreichung des Medikaments _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">Name des Medikaments</div>	
<input type="checkbox"/> Mein Kind befindet sich vorübergehend in ärztlicher Behandlung. <input type="checkbox"/> Mein Kind befindet sich regelmäßig in ärztlicher Behandlung. <input type="checkbox"/> Mein Kind befindet sich in einer Notfallsituation (gemäß Notfallprotokoll oder Projet d'Accueil Individualisé – Individuelles Betreuungsprogramm).	
Gemäß der ärztlichen Verordnung für diese Krankheit ist das Medikament nach folgender Dosierung zu verabreichen:	ab dem ____/____/____ (Datum) bis zum ____/____/____ (Datum). _____ Mal pro Tag, zu den folgenden Zeiten : ____ / ____ / ____ (Uhr) Das Medikament muss im Kühlschrank aufbewahrt werden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein.
Anmerkungen	
Erlaubnis :	
Hiermit übertrage ich dem für die Betreuung meines Kindes zuständigen Personal der Bildungs- und Betreuungseinrichtung (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. Mir ist bekannt, 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 bezüglich der Verabreichung dieser Medikamente an mein Kind zu informieren. Diese Erlaubnis läuft an dem Tag ab, an dem die ärztliche Verschreibung endet, spätestens jedoch am 14.09. des laufenden Schuljahres.	
Ort: _____	Datum: _____
_____ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters	

!! Bitte unbedingt beifügen: - die entsprechende ärztliche Verordnung!!
 - 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"/> Postsendung <input type="checkbox"/> persönlich übergeben _____

2/2

2/2