

Name des Kindes: _____

Mein/unser Kind benötigt folgende grundpflegerische/medizinische Maßnahmen:

| | morgens | mittags | abends | nachts |
|-------------------------------|---------|---------|--------|--------|
| Windel wechseln | | | | |
| Katheterisierung | | | | |
| PEG Versorgung/ Sondierung | | | | |
| Inhalation | | | | |
| O2 Versorgung | | | | |
| Sonstiges | | | | |

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind vom examinierten Pflegepersonal der Dietrich-Bonhoeffer-Schule medizinisch – und/oder pflegerisch versorgt wird. Die Versorgung kann in bestimmten Fällen an Lehrer oder Therapeuten übertragen werden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigte:

Unterschrift behandelnder Arzt:

Wir freuen uns über Ihre Hinweise zur Verbesserung unserer Arbeit. Sie erreichen uns unter der Telefonnummer 0221 809-2255 oder senden Sie uns eine E-Mail an Anregungen@lvr.de