

Name der Schülerin bzw. des Schülers: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Asthma-Notfallmedikamente:

### Asthma-Notfallmedikamente:

Bitte halten Sie sich an den Behandlungsplan, der in der grünen Zone für die Behandlung von Aktivität/Übung und den Notfallmedikationsplan für die grüne, gelbe und rote Zone je nach Asthmasymptomen beschrieben ist. Notfallmedikamente beinhalten: Albuterol, Levalbuterol, Budesonide/Formoterol, Mometasone/Formoterol und kann ein inhalatives Steroid in Kombination mit Albuterol oder Levalbuterol enthalten.

Zu den häufigen Nebenwirkungen von Notfallmedikamenten gehören erhöhte Herz- und Atemfrequenz, Nervosität und Mundinfektion. Bitte den Mund nach der Nutzung ausspülen. Die maximale Menge von Budesonide/Formoterol oder Mometasone/Formoterol pro Tag beträgt: acht Sprühstöße (< 12 Jahre), 12 Sprühstöße (> 12 Jahre).

Die Schülerin bzw. der Schüler darf ihren/seinen Inhalator bei sich tragen und selbst anwenden

### Eine Behandlung vor körperlicher Aktivität, z. B. vor dem Sportunterricht/der Pause, sollte in folgenden Fällen erfolgen:

Bei allen Aktivitäten  Nur wenn das Kind oder das Schulpersonal es für nötig hält

Wenn sich eine Schülerin bzw. ein Schüler in der roten Zone befindet, ergreifen Sie sofort die Notfallmaßnahmen und wählen den Notruf unter 911. Befolgen Sie die Notfallpläne der Schule gemäß den Richtlinien der Schule bzw. des Schulsystems.

## Controller-Medikamente:

In der Schule dürfen nur die folgenden Controller- oder Steroidmedikamente verabreicht werden:

	AM Dosis am Vormittag	Dosis am Nachmittag
_____		
_____		
_____		

## Falls nicht im Asthma-Aktionsplan aufgeführt:

### Auslöser:

Zu den schulspezifischen Auslösern gehören: \_\_\_\_\_

**Asthma-Schweregrad:**  Unregelmäßig  Anhaltend  leicht  Anhaltend mäßig  Anhaltend stark

Er/sie hatte viele oder schwere Asthmaanfälle/Verschlimmerungen

Wenden Sie sich bitte an den hier aufgeführten Asthmabetreuer, wenn Sie Fragen oder Bedenken bezüglich dieser Anordnungen haben oder wenn die Schülerin bzw. der Schüler nicht die richtigen Medikamente in der Schule hat.

## Name des Asthmabetreuers in Druckbuchstaben und Kontaktinformationen:

Unterschrift des Asthmabetreuers: \_\_\_\_\_

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

**Erlaubnis der Eltern/Erziehungsberechtigten:** Ich erteile die schriftliche Erlaubnis, dass die im Aktionsplan aufgeführten Medikamente in der Schule vom Schulkrankendienst oder ggf. von anderen Mitgliedern der Schule verabreicht werden dürfen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der verschreibende Arzt bzw. die Klinik, der Schulkrankendienst, das Schulkrankenpersonal und die schulärztlichen Dienste, die für die Behandlung von Asthma und die Verabreichung dieses Medikaments erforderlich sind, die notwendigen Informationen austauschen.

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

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

**Für den Einsatz in der Schule:**  Der Schulkrankendienst ist mit der Selbstanwendung von Inhalatoren durch die Schülerin bzw. den Schüler einverstanden

Erhalt bestätigt durch Schulkrankendienst/Unterschrift: \_\_\_\_\_

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

Bitte schicken Sie eine unterschriebene Kopie zurück an den Anbieter unter der oben genannten Kontaktadresse.