



Vereinbarung medizinische Hilfsmaßnahmen

Foto	Klasse	_____
	Name	_____
	Vorname	_____

Personensorgeberechtigte

Name	Anschrift	Telefon	Mobil

Aufgabenübertragung durch die Personensorgeberechtigten

Hiermit übertrage ich/übertragen wir die Versorgung meines/unseres oben genannten Kindes während der Schulzeit mit den von der Ärztin/von dem Arzt verordneten Medikamenten zu den angegebenen Zeiten oder im beschriebenen Anlass an

Name der ermächtigten Person/Personen

Ich stelle/wir stellen die Schule sowie die ermächtigte Person oder die ermächtigten Personen von der Haftung, die im Zusammenhang mit der übernommenen Versorgung entstehen kann, frei. Wir verpflichten uns/ich verpflichte mich darüber hinaus, im engen Kontakt mit der unterzeichnenden Lehrkraft oder dem unterzeichnenden pädagogischen Mitarbeiter bzw. der päd. Mitarbeiterin die jeweils erforderlichen aktuellen Informationen oder aktuellen ärztlichen Verschreibungen mitzuteilen und zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus informiere/n wir/ich die unterzeichnende Lehrkraft oder den pädagogischen Mitarbeiter bzw. die päd. Mitarbeiterin unverzüglich über Änderungen, die diese Vereinbarung betreffen. Die ermächtigte Person hat jederzeit das Recht zur fristlosen Kündigung dieser Vereinbarung, wenn nach ihrer Einschätzung die Kooperation der Schülerin oder des Schülers, der Sorgeberechtigten oder des Arztes nicht (mehr) ausreichend gegeben ist. Das Recht zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Die Vereinbarung ist von den Sorgeberechtigten jederzeit fristlos ohne Angabe von Gründen kündbar. Die Vereinbarung wird gegenstandslos, wenn die Schülerin oder der Schüler die Schule nicht mehr besucht oder von der ermächtigten Person nicht mehr regelmäßig unterrichtet, betreut oder unterstützt wird. Die Vereinbarung ist ebenfalls gegenstandslos, wenn die unterzeichnenden Sorgeberechtigten ihr Recht zur Personensorge verlieren. Kosten, die im Zusammenhang mit dem Eintritt von Komplikationen/ Nebenwirkungen/ auffälligen Reaktionen bei der Schülerin oder dem Schüler entstehen, werden von den Sorgeberechtigten getragen bzw. erstattet. Soweit derartige Komplikationen auftreten, sollen benachrichtigt werden:



Name	Telefon	Mobil

Die Beauftragung soll bis zum _____ (Datum – 31.07.xx, für ein Schuljahr) oder bis zu ihrer schriftlichen Kündigung gültig sein.

Für Schulfahrten, Unterricht an außerschulischen Lernorten sowie Sportunterricht werden gegebenenfalls Sonderregelungen vereinbart.

Datum Unterschrift Personensorgeberechtigte

Lehrkraft der Schule (oder pädagogische MitarbeiterInnen):

Ich übernehme freiwillig die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Pflichten. Mir ist bekannt, dass bei vorsätzlich verursachten Schäden Regressansprüche gegen mich durch die gesetzliche Unfallversicherung oder das Land Niedersachsen entstehen können.

Datum Unterschrift Lehrkraft oder pädagogische MitarbeiterIn

Folgende Lehrkraft oder pädagogischer MitarbeiterIn übernimmt freiwillig für den ggf. erforderlichen Fall der Vertretung vorübergehend die aus dieser Vereinbarung resultierenden Pflichten.

Name Vertretungskraft

Datum Unterschrift der Vertretungskraft

Die Einweisung durch den behandelnden Arzt Eltern hat stattgefunden am _____ und wurde durchgeführt

Name Unterschrift der einweisenden Person



Verordnung der Ärztin oder des Arztes

Name des Kindes	Geburtsdatum
-----------------	--------------

Die unten angeführten Medikamente dürfen in der Schule verabreicht werden und müssen zu den genannten Tageszeiten oder im angegebenen Fall wie folgt eingenommen werden:

	Name des Medikaments	Uhrzeit	Art der Verabreichung	Dosis	Dauer der Einnahme
1.					
2.					
3.					

Bei der Lagerung/Verabreichung ist zu beachten:

--

Das Medikament wird in der Schule in der Lehrerküche aufbewahrt.

Datum

Unterschrift des Arztes + Stempel

Die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt entbinde ich gegenüber der Findorff-Schule

Name der ermächtigten Person/Personen

insoweit von der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB, als es für die Verabreichung/Unterstützung bei der Verabreichung von Medikamenten notwendig ist.

Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte



Datenschutzerklärung – Einwilligung

Ich willige/wir willigen ein, dass die Findorff-Schule personenbezogene Daten meines/unsere Kindes

Name	Klasse
------	--------

Art der Erkrankung

an die Lehrkräfte, die pädagogischen MitarbeiterInnen
 MitschülerInnen

weitergibt, soweit dies für den fürsorglichen Umgang mit dem Kind in der Schule erforderlich ist. Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir meine/unsere Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann/können.

Datum Unterschrift Personensorgeberechtigte

- Anlagen:
1. Kopie der ärztlichen Verordnung
 2. Kopie des Beipackzettels