

A. Allgemeine Angaben durch die Eltern

Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes

Anschrift des Kindes

Ansprechperson(en) und deren Kontaktdaten bei Rückfragen seitens der Schule oder der unterstützenden Lehrerinnen und Lehrer

Hinweis: Die Eltern sind im Regelfall zugleich die Ansprechpersonen.

Ich bestätige / Wir bestätigen, dass die zuvor genannte/n Ansprechperson/en unter den genannten Kontaktdaten während der Unterrichtszeit, sowie bei anderen schulischen Veranstaltungen (Tagesausflüge, Klassenfahrten) jederzeit erreichbar ist / sind.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Elternteil

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Elternteil

B. Aufgabenübertragung durch die Eltern

Hinweis: Die Lehrerinnen und Lehrer, die sich freiwillig bereit erklären, im Vertretungsfall tätig zu werden, werden nachstehend auch eingetragen.

Hiermit übertrage ich / übertragen wir die Versorgung meines / unseres Kindes mit den von der Ärztin / von dem Arzt verordneten Medikamenten während der Schulzeit an

(Name der / des ermächtigten Lehrerin / Lehrers)

(Name der / des ermächtigten Lehrerin / Lehrers)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Elternteil

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Elternteil

C. Schweigepflichtentbindung durch die Eltern

Die behandelnde Ärztin / Den behandelnden Arzt entbinde ich gegenüber

(Name der / des ermächtigten Lehrerin / Lehrers)

(Name der / des ermächtigten Lehrerin / Lehrers)

insoweit von der Schweigepflicht, als es für die Durchführung von medizinischen Unterstützungsleistungen im Rahmen der Medikamentengabe erforderlich ist.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Elternteil

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Elternteil

D. Verordnung der Ärztin oder des Arztes

Name des Kindes: geb. am:

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 Medikamentes	Uhrzeit	Form der Verabreichung	Dosierung	Dauer der Einnahme
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

Muster-Formular B (zu Ziffer 8.2.)

Besondere Hinweise (insbesondere zum Medikament, zur Verabreichung), die für die Lehrerinnen und Lehrer bei der Versorgung mit dem Medikament aus ärztlicher Sicht relevant sind:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

E. Bestätigung der freiwilligen Unterstützung durch die Lehrerin / den Lehrer

Hiermit bestätige ich, dass ich die Unterstützung der unter A. genannten Schülerin / des unter A. genannten Schülers bei der Medikamenteneinnahme auf freiwilliger Basis übernehme.

.....
(Name der Lehrerin / des Lehrers)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

.....
(Name der Lehrerin / des Lehrers)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

F. Kenntnisnahme und Bestätigung der Schulleiterin / des Schulleiters

Gegen die zuvor genannte freiwillige Unterstützung bestehen keine organisatorischen oder personellen Bedenken.

.....
(Name der Schulleiterin / des Schulleiters)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift / Schulstempel

Muster-Formular C (zu Ziffer 8.4.)

Dokumentation der Medikamentengabe

Name der Schülerin / des Schülers: _____

Bezeichnung des Medikamentes¹: _____

Verabreichungsform (Tropfen, Tabletten etc.): _____

Art der medizinischen Unterstützungsleistung: Erinnern / Dosierung / Vergabe

Die / Der oben genannte Schülerin / Schüler wurde von mir bei der Medikamentengabe wie folgt unterstützt:

Datum	Uhrzeit	Erinnerung	Dosis (nur bei Dosierung / Vergabe)	Unterschrift	Anmerkungen

¹ Es wird empfohlen, für jedes Medikament jeweils einen Dokumentationsbogen zu führen.