Anlage A

Vereinbarung über die Durchführung von medizinischen Hilfsmaßnahmen

zwischen

Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten

und

Name und Anschrift der Schule

Hiermit beauftragen wir/beauftrage ich die o.a. Schule, an

Nachname, Vorname, Geburtstag der Schülerin oder des Schülers

die nachfolgend genannte ärztlich verordnete medizinische Hilfsmaßnahme durchzuführen.

Wir versichern/ich versichere,

- dass das Kind nicht in der Lage ist, die medizinische Hilfsmaßnahme selbst zu steuern oder vorzunehmen,
- dass es aus ärztlicher Sicht notwendig ist, die medizinische Hilfsmaßnahme in den Zeiten des Schulbesuchs durchzuführen,
- dass die Übernahme der medizinischen Hilfsmaßnahme durch eine andere Einrichtung auf sozialversicherungsrechtlicher Grundlage abgeklärt und abgelehnt worden ist.

Art der Maßnahme/ Verabreichungsform	
Name des Medikaments	
Anwendungshäufigkeit	
Anwendungszeitpunkt	
Dosierung	
Sonstige Anmerkungen	

Wir verpflichten uns/ich verpflichte mich, jede Änderung bei der verordneten medizinischen Hilfsmaßnahme unverzüglich an die Schule zu melden und eine aktualisierte ärztliche Verordnung vorzulegen.

Vorgehen bei Komplikationen/im Notfall:

_____

_____

_____

_____

_____

Telefonische Erreichbarkeit:

Personensorgeberechtigte(r): _____

Arzt/Ärztin: _____

Wir werden/ich werde dafür Sorge tragen, dass wir/ich für die Schule möglichst durchgängig telefonisch erreichbar sind/bin. Wir werden/ich werde den Arzt oder die Ärztin gegenüber der Schule von der ärztlichen Schweigepflicht entbinden, soweit dies zur ordnungsgemäßen Durchführung der vereinbarten Hilfsmaßnahme und ggf. auch von Notfallmaßnahmen erforderlich ist.

Die übernommene medizinische Hilfsmaßnahme wird durchgeführt von

_____

Nachname, Vorname der Lehrkraft

im Falle ihrer Abwesenheit vertretungsweise von

_____.

Nachname, Vorname der Lehrkraft

wir von der Schulleitung ausgefüllt

Wir werden/ich werde dafür Sorge tragen, dass die Lehrkräfte von dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin oder einer sonstigen fachkundigen Stelle eine Unterweisung zur Durchführung der medizinischen Hilfsmaßnahme erhalten.

Uns/mir ist bekannt, dass wir/ich die Medikamentengabe in eigener Verantwortung sicherzustellen haben, wenn uns die Schule darüber unterrichtet,

- dass die fachliche Unterweisung der Lehrkräfte nicht erfolgt ist,
- dass die Durchführung der medizinischen Hilfsmaßnahme wegen Abwesenheit beider Lehrkräfte nicht möglich ist,
- dass das Kind die erforderliche Mitwirkung ablehnt.

Die Beauftragung soll bis zum _____ (Datum einfügen) oder ihrem Widerruf durch schriftliche Erklärung gegenüber der Schule gültig sein.

Die Vereinbarung wird gegenstandlos, wenn das Kind die Schule nicht mehr besucht. Die Schule kann den Auftrag mit einer Frist von zwei Wochen, bei Vorliegen eines wichtigen Grundes auch fristlos kündigen. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn nach der Einschätzung der verantwortlichen Lehrkraft und/oder ihrer Vertretung die Kooperation der Schülerin bzw. des Schülers, der Personensorgeberechtigten oder der Ärztin bzw. des Arztes nicht (mehr) ausreichend gegeben ist. Gleiches gilt, wenn die Schülerin oder der Schüler von der verantwortlichen Lehrkraft und/oder ihrer Vertretung nicht mehr unterrichtet wird.

Diese Vereinbarung gilt nicht für die Teilnahme der Schülerin bzw. des Schülers an Schülerfahrten. Hierfür sind gesonderte Absprachen zu treffen.

_____ _____

Datum, Unterschrift aller Personensorgeberechtigten Datum, Unterschrift der Schulleiterin/des Schulleiters