

Aufgabenübertragung durch die Personensorgeberechtigten an die Schule

Hiermit übertrage ich / übertragen wir _____
(Name der Personensorgeberechtigte/n)

die Versorgung meines / unseres Kindes mit den vom Arzt verordneten Medikamenten während der Schulzeit an

(Name/Namen der ermächtigten Person/en der Schule)

Dies umfasst unter anderem:

- die ärztlich verordnete regelmäßige Medikamentengabe gemäß unten stehender Auflistung
- die ärztlich verordnete Medikamentengabe bei besonderen Situationen („Notfallmedikamente“), z. B. Asthmaanfällen, Über-/Unterzuckerung oder Krampfanfällen gemäß unten stehender Auflistung.

Soweit keine Freistellung von der Haftung durch die Unfallkasse Sachsen-Anhalt vorliegt, stelle ich die Schule sowie die ermächtigten Personen von der Haftung, die im Zusammenhang mit der übernommenen Versorgung entstehen kann, frei.

_____  _____
Ort, Datum Unterschrift der/des Personensorgeberechtigte/n

Verordnung der Ärztin bzw. 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:

Lfd Nr.	Name des Medikamentes	Uhrzeit / Anlass	Art der Verabreichung	Dosis	Dauer der Einnahme
1					
2					
3					
4					
5					

_____ (Unterschrift und Stempel des Arztes/Ärztin)
Ort, Datum

(weiter auf Seite 2)

Schweigepflichtentbindung und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Den behandelnden Arzt / die behandelnde Ärztin entbinde ich / entbinden wir gegenüber der Grundschule Auf den Höhen Thale mit dem Teilstandort Friedrichsbrunn insoweit von der Schweigepflicht gemäß §203 StGB, als es für die Durchführung der o.g. Maßnahmen notwendig ist. Mit der Speicherung der umseitig aufgeführten Daten bin ich / sind wir einverstanden.

Ort, Datum

x

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten/n

Einwilligung der Weitergabe medizinischer Daten (Formular D)

Schule soll einen sicheren Raum für Kinder bedeuten, damit sie sich bestmöglich entwickeln können. Teilweise sind neben rein pädagogischen Aufgabenfeldern auch medizinische oder therapeutische Aspekte zu berücksichtigen. Daher erbitten wir beispielsweise von Ihnen auch Informationen zu chronischen Erkrankungen oder der notwendigen Einnahme von Medikamenten während der Schulzeit. Teilweise sind diese Informationen auch notwendig, um Gefahren präventiv und akut von Ihrem Kind abzuwenden und im Notfall sofort richtig handeln zu können. Aus diesem Grund ist eine Information an die Mitarbeiter der Schule über Diagnosen und Therapien unerlässlich. Soweit pädagogisch sinnvoll, sind gemeinsame Gespräche über die individuellen Besonderheiten auch mit der Klasse zu besprechen, um beispielsweise Anzeichen von Unterzuckerung oder einem epileptischen Anfall auch durch Mitschüler richtig deuten zu lassen. Dafür bitten wir ebenfalls um die Erlaubnis. Wir werden dies nur soweit tun, als es altersangemessen und pädagogisch oder medizinisch notwendig ist.

Ich willige / wir willigen ein, dass die Schule personenbezogene Daten meines / unseres Kindes an die

- Lehrkräfte, pädagogische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie weitere ständigen Mitarbeiter der Schule (notwendige Einwilligung)
- Mitschülerinnen und Mitschüler (freiwillig, aber empfohlen)

(Bitte ankreuzen!)

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

Ort, Datum

x

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten/n