

**Einwilligung zur Medikamentengabe**

Auch bei einer Unterstützungsleistung durch Lehrer\*innen verbleibt es bei der elterlichen Sorge für Ihr Kind.

Die Übernahme von Unterstützungsleistungen durch Lehrer\*innen ist freiwillig. Es besteht keine Rechtspflicht für Lehrer\*innen, entsprechende Unterstützungsleistungen zu übernehmen.

Die Schule und die unterstützenden Lehrer\*innen sind in diesem Kontext darauf angewiesen, dass sie von Ihnen über eine chronische Erkrankung des Kindes sowie Nebenwirkungen oder andere Komplikationen aufgrund der Medikamenteneinnahme umfassend informiert sind. Nur so kann eine sachgerechte und rechtlich abgesicherte Unterstützung Ihres Kindes erfolgen.

Ist eine Vertretung einer Lehrkraft nicht oder nicht durchgängig möglich, so teilt die Schulleitung Ihnen dieses mit.

Lehnt Ihr Kind unbeschadet seiner Einsichtsfähigkeit eine Unterstützung ab, so wird diese durch die Lehrer\*innen nicht vorgenommen. In diesem Fall werden Sie unverzüglich benachrichtigt.

Bei Bedarf haben Sie der Schule eine geeignete Aufbewahrungsmöglichkeit für das Medikament Ihres Kindes zur Verfügung zu stellen. Auch ist der Schule schriftlich mitzuteilen, wenn eine besondere Aufbewahrung des Medikamentes erforderlich ist.

Mit Unterstützung der Schule tragen Sie dafür Sorge, dass sich andere Schüler\*innen oder sonstige Dritte keinen unberechtigten Zugang zu dem Medikament verschaffen können.

Ferner ist die Verpackung des Medikamentes sowie das Medikament selbst mit dem Namen des Kindes zu versehen. Auch tragen Sie mit Unterstützung der Schule dafür Sorge, dass das Medikament in der Schule in ausreichender Menge vorhanden ist und das Verwendbarkeitsdatum des Medikamentes nicht überschritten wird.

Sie als Eltern sind dafür verantwortlich, den betreffenden Lehrer\*innen jede Änderung in Bezug auf die Durchführung der Unterstützung unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Gegebenenfalls sollte die schriftliche Vereinbarung neu gefasst werden.

Sind ausnahmsweise Erste-Hilfe-Maßnahmen erforderlich, werden Sie unverzüglich informiert.

Bei Klassenfahrten und Schulausflügen kann es in besonders gelagerten Einzelfällen erforderlich sein, dass ein Familienmitglied an der Klassenfahrt oder dem Schulausflug teilnimmt.

*Ich/wir bestätige(n), die vorstehenden Informationen im Interesse unseres Kindes zur Kenntnis genommen zu haben.*

Dinslaken, den

.....

(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

*Im Falle eines gemeinsamen Sorgerechtes ist die eigenhändige Unterschrift des zweiten Erziehungsberechtigten hier erforderlich.*

Dinslaken, den

.....

(Unterschrift des zweiten Erziehungsberechtigten)

## **A. Allgemeine Angaben**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname(n): \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ansprechperson(en) und deren Telefonnummer(n) für Rückfragen seitens der Schule bzw. der unterstützenden Lehrer\*innen (*im Regelfall sind die Eltern zugleich die Ansprechpersonen*):

*Ich/wir bestätige(n), dass die o.g. Ansprechpersonen unter den genannten Kontaktdaten während der Unterrichtszeit sowie bei anderen schulischen Veranstaltungen jederzeit erreichbar sind.*

Dinslaken, den .....  
*(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)*

*Im Falle eines gemeinsamen Sorgerechtes ist die eigenhändige Unterschrift des zweiten Erziehungsberechtigten hier erforderlich.*

Dinslaken, den .....  
*(Unterschrift des zweiten Erziehungsberechtigten)*

## **B. Aufgabenübertragung**

Hiermit übertrage ich/übertragen wir die Versorgung unseres Kindes mit den ärztlich verordneten Medikamenten während der Schulzeit an

Name der ermächtigten Lehrkraft:

ggf. weitere ermächtigte Lehrkraft:

Dinslaken, den .....  
*(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)*

*Im Falle eines gemeinsamen Sorgerechtes ist die eigenhändige Unterschrift des zweiten Erziehungsberechtigten hier erforderlich.*

Dinslaken, den .....  
*(Unterschrift des zweiten Erziehungsberechtigten)*

### **C. Schweigepflichtentbindung**

Den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin entbinde(n) ich/wir gegenüber der Lehrkraft/den Lehrkräften

Name der Lehrkraft: \_\_\_\_\_

ggf. weitere Lehrkraft: \_\_\_\_\_

insoweit von der Schweigepflicht gem. §203 StGB, als dass es für die Durchführung medizinischer Unterstützungsleistungen im Rahmen der Medikamentengabe erforderlich ist.

Dinslaken, den .....  
*(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)*

*Im Falle eines gemeinsamen Sorgerechtes ist die eigenhändige Unterschrift des zweiten Erziehungsberechtigten hier erforderlich.*

Dinslaken, den .....  
*(Unterschrift des zweiten Erziehungsberechtigten)*

### **D. Verordnung des Arztes/des Ärztin**

Name des Kindes: Vorname(n):

Geburtsdatum:

Die unten aufgeführten Medikamente dürfen in der Schule verabreicht werden und müssen zu den genannten Zeiten oder im angegebenen Fall folgendermaßen eingenommen werden:

	Name des Medikaments	Uhrzeit/ Fall der Verabreichung	Form der Verabreichung	Dosierung	Dauer der Einnahme
1					
2					
3					
4					

Besondere Hinweise zur Verabreichungsform o.Ä., die für die Lehrer\*innen bei der Versorgung mit dem Medikament aus ärztlicher Sicht relevant sind:

Dinslaken, den .....  
*(Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin)*

**E. Bestätigung der freiwilligen Unterstützung durch die Lehrkraft**

Hiermit bestätige ich, dass ich die Unterstützung der unter A. genannten Person bei der Medikamentengabe auf freiwilliger Basis übernehme.

Name der Lehrkraft:

Dinslaken, den .....

*(Unterschrift der Lehrkraft)*

Name der Lehrkraft:

Dinslaken, den .....

*(Unterschrift der Lehrkraft)*

**F. Kenntnisnahme und Bestätigung der Schulleitung**

Gegen die vorbezeichnete freiwillige Unterstützung bestehen keine organisatorischen oder personellen Bedenken.

Name des Schulleiters/der Schulleiterin:

Dinslaken, den .....

*(Unterschrift der Schulleitung und Schulstempel)*