

Informationsblatt für Eltern zur Medikamentengabe an der Schule

Die Versorgung von chronisch erkrankten Schülerinnen oder Schülern mit Medikamenten während der Schulzeit kann von an der Schule tätigen Lehrkräften oder pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erfolgen. Voraussetzung ist, dass die Personensorgeberechtigten die Versorgung mit Medikamenten an die Schule überträgt und diese ihr Einverständnis erklärt haben.

Bei der Notwendigkeit der Vornahme subkutaner Injektionen bei Diabetes ist darüber hinaus eine entsprechende Schulung oder Unterweisung der tätig werdenden Lehrkräfte, pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch einen Arzt oder eine Ärztin zwingend erforderlich.

Alle darüber hinausgehenden notwendigen, insbesondere invasiven Maßnahmen müssen von medizinisch geschultem Personal (z. B. mobile Pflegedienste) durchgeführt werden.

Gegebenenfalls erforderliche Aufbewahrungsmöglichkeiten für Medikamente müssen, sofern diese an der Schule nicht vorhanden sind, von den Personensorgeberechtigten zur Verfügung gestellt werden.

Die Formulare zur Vereinbarung der Medikamentengabe sind in Absprache mit der Schule auszufüllen.



Schulleitung

Vereinbarung zur Durchführung medizinischer Hilfsmaßnahmen und die Verabreichung von Medikamenten sowie Aufgabenübertragung

Name, Vorname der Schülerin/des Schülers

Namen, Anschrift und Telefonnummern, E-Mail der Erziehungsberechtigten



An die

Astrid-Lindgren-Schule, Nibelungenstr. 14, 63128 Dietzenbach, _____

(Datum)

Vereinbarung über die Durchführung medizinischer Hilfsmaßnahmen/die Verabreichung von Medikamenten in der Schule

Hiermit beauftrage ich/beauftragen wir die Schule an meiner/unserer Tochter oder meinem/unserem Sohn die nachfolgend bezeichnete ärztlich verordnete medizinische Hilfsmaßnahme durchzuführen, weil sie/er altersbedingt oder wegen einer Behinderung die Maßnahme nicht selbst steuern oder vornehmen kann.

Ärztliche Verordnung

(Angabe, welche medizinische Hilfsmaßnahme in der Schule angezeigt ist, was hierbei zu beachten ist):

Medizinische Diagnose(n) für die/den zu betreuende/n Schülerin/Schüler

(Die Angabe einer medizinischen Diagnose ist nicht verpflichtend, kann jedoch im Notfall hilfreich sein):

Tägliche Anwendungszeiten/Dauer der ärztlich verordneten Hilfsmaßnahme/der Medikation

(bei Medikamenten genaue Bezeichnung, Dosierungsangabe, Applikationsart, Angabe ob Bedarfsmedikation)

Notfallmaßnahmen, Besonderheiten für die Medikamentenverabreichung, ggf. Nebenwirkungen

Die Beauftragung ist bis zum _____ (Datum einfügen) oder bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig. Über Änderungen der ärztlichen Verordnung und ggf. der medizinischen Diagnose werde ich/werden wir die Schule/Schulleitung unverzüglich informieren.

Für den Zeitraum der Beauftragung ist die Schule berechtigt, Daten, die im Zusammenhang mit dieser Vereinbarung stehen, zu speichern.



Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Datum/Stempel/Unterschrift Arzt

Schulleiter/in

Die oben beschriebene medizinische Hilfsmaßnahme/Medikamentengabe übertrage ich der Lehrkraft _____ (Name eintragen) oder im Vertretungsfall

Lehrkraft _____ (Name eintragen) im Rahmen seiner dienstlichen Aufgaben.

Dietzenbach, den _____ (Schulleitung)

Bedienstete/r der Schule

Ich übernehme freiwillig die Durchführung der aufgeführten medizinischen Hilfsmaßnahmen. Mir ist bekannt, dass bei vorsätzlichen oder grob fahrlässigem Verhalten Regressansprüche des Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung entstehen können. Grob fahrlässig handelt derjenige, der eine unentschuld bare Pflichtverletzung begeht, die das gewöhnliche Maß erheblich übersteigt.

Falls ich die Maßnahme in Zukunft nicht mehr durchführen kann oder will, werde ich die Personensorgeberechtigten und die Schulleitung darüber unverzüglich informieren.

Datum, Unterschrift Bedienstete/r

Datum, Unterschrift Bedienstete/r Vertretungsfall