Anlage 1 (Vereinbarung bitte in Kopie an die betreuende Ärztin oder den betreuenden Arzt)

.....
.....
....

(Anschrift der Erziehungsberechtigten) (Ort, Datum)

An die
.....
.....
.....
(Anschrift der Schule)

Vereinbarung über die Durchführung von medizinischen Hilfsmaßnahmen/über die Verabreichung von Medikamenten

□ Hiermit vereinbaren wir als Erziehungsberechtigte der Schülerin/des Schülers..... mit den im Folgenden genannten Beschäftigten der oben angegebenen Schule, die nachfolgend genannte ärztlich verordnete Medikamentengabe beziehungsweise medizinische Hilfsmaßnahme durchzuführen, weil unsere Tochter/unser Sohn die Maßnahme nicht selbst steuern oder vornehmen kann.

□ Hiermit vereinbaren wir als Erziehungsberechtigte der Schülerin/des Schülers _____ mit der o.g. Schule die Erlaubnis zur regelmäßigen eigenverantwortlichen Nutzung/Anwendung des technischen Hilfsmittels_____ im täglichen Schulablauf.

Wir stellen die Beschäftigte/den Beschäftigten, von jeglicher Haftung für diese Unterstützung frei.
Für medizinische Rückfragen durch die Beschäftigte / den Beschäftigten entbinden wir die betreuende Ärztin / den betreuenden Arzt von ihrer / seiner ärztlichen Schweigepflicht.
Die Vereinbarung soll bis zum ..... (Datum einfügen)/zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig sein. (Nichtzutreffendes bitte streichen)

....
(Unterschrift aller Erziehungsberechtigten)

Diagnose/ärztliche Indikation für die zu betreuende Schülerin/den zu betreuenden Schüler

.....

.....

Art der Maßnahme:

.....

.....

Telefonische Erreichbarkeit:

Erziehungsberechtigte:.....

Ärztin / Arzt:: .....

Schulleiterin / Schulleiter der Schule:

Die Schulleitung ist darüber informiert, dass _____ (Name der Beschäftigten/des Beschäftigten) die festgelegte Medikamentengabe beziehungsweise medizinische Hilfsmaßnahme bei der Schülerin/dem Schüler..... übernimmt, da diese Schülerin/dieser Schüler die Maßnahmen nicht selbst steuern odervornehmen kann.
Wenn die Beschäftigte oder der Beschäftigte auf Grund von Nichtanwesenheit das Medikament gemäß der Vereinbarung nicht geben kann, geht die Verantwortung auf die Erziehungsberechtigten und nicht auf die Schule über. In diesem Fall hat die Schule die Erziehungsberechtigten unverzüglich zu informieren.

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

Beschäftigte / Beschäftigter der Schule:

Ich übernehme freiwillig die Durchführung der oben beschriebenen Medikamentengabe beziehungsweise medizinischen Hilfsmaßnahme.
Falls ich in Zukunft die Maßnahme nicht mehr durchführen kann oder nicht mehr durchführen möchte, werde ich die Erziehungsberechtigten und die Schulleitung davon unverzüglich schriftlich informieren.

.....
(Namen und Unterschriften der Beschäftigten/des Beschäftigten)

Anlage 2

Medizinische Unbedenklichkeitsbescheinigung

Name der Schülerin/des Schülers: .....

Geburtsdatum: .....

Hiermit bestätige ich, dass die Verabreichung folgender Medikamente beziehungsweise die Durchführung medizinischer Hilfsmaßnahmen durch Beschäftigte der Schule erfolgen kann.

Art der Maßnahme:

Medikament/Dosierung .....

Medikament/Dosierung .....

Medikament/Dosierung .....

Medizinische Hilfsmaßnahme: .....

Medizinische Hilfsmaßnahme: .....

Medizinische Hilfsmaßnahme: .....

Sonstige Bemerkungen der Ärztin/des Arztes

.....
.....
.....
.....
.....
....
(Ort, Datum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes)