

Aufgabenübertragung der Medikamentengabe

1. Allgemeine Angaben

Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes

Anschrift des Kindes

Ansprechperson(en) und deren telefonische Kontaktdaten

Ich bestätige/wir bestätigen, dass die zuvor genannten Ansprechpersonen unter den genannten Kontaktdaten während der Unterrichtszeit sowie bei anderen schulischen Veranstaltungen erreichbar sind.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift(en)

2. Aufgabenübertragung durch die/den Erziehungsberechtigte/n an sich freiwillig zur Medikamentengabe bereit erklärende Lehrkräfte.

Hiermit übertrage ich/übertragen wir die Versorgung meines/unseres Kindes mit den von einer Ärztin/einem Arzt verordneten Medikamenten während der Schulzeit an

Namen der ermächtigten Lehrer:innen

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift(en)

3. Schweigepflichtsentbindung der/des Erziehungsberechtigten

Hiermit entbinde ich die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt gegenüber den von mir beauftragten und vorab genannten Lehrkräften insoweit von der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB, als es für die Durchführung von medizinischen Unterstützungsleistungen im Rahmen der Medikamentengabe erforderlich ist.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift(en)

4. Verordnung des Medikamentes/der Medikamente

Das unten aufgeführte Medikament/die unten aufgeführten Medikamente dürfen in der Schule verabreicht werden und müssen zu den genannten Tageszeiten oder im angegebenen Fall wie folgt eingenommen werden:

	Name des Medikamentes	Uhrzeit	Form der Verabreichung	Dosierung	Dauer der Einnahme
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift/Stempel der Ärztin/des Arztes

5. Bestätigung der freiwilligen Unterstützung seitens der Lehrkraft/Lehrkräfte

Hiermit bestätige ich, dass ich die Unterstützung der unter 1. genannten Schülerin/ des unter 1. genannten Schülers bei der Medikamentenvergabe auf freiwilliger Basis übernehme.

Namen der ermächtigten Lehrer:innen

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift(en)

6. Kenntnisnahme der Schulleitung

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift/Schulstempel

Dokumentation der Medikamentenvergabe (1 Bogen pro Medikament)

Name der Schüler/des Schülers: _____

Bezeichnung des Medikamentes: _____

Verabreichungsform: _____

Art der medizinischen Unterstützungsleistung: Erinnern/Dosierung/Vergabe

Die oben genannte Schülerin/der oben genannte Schüler wurde von mir bei der Medikamentengabe wie folgt unterstützt:

