

Vereinbarung über medizinische Hilfsleistungen

zwischen

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

Name und Anschrift der Sorgeberechtigten

und

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

Name und Schuladresse der verpflichteten Lehrkraft

über die nachfolgend genannte ärztlich verordnete medizinische Hilfsmaßnahme für den Schüler/die Schülerin.

.....

Name und Geburtsdatum der Schülerin/des Schülers

Der Schüler/die Schülerin ist nicht in der Lage, die Maßnahme selbst zu steuern oder vorzunehmen.

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

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

- I. Zwischen den Sorgeberechtigten und dem Verpflichteten (Vertragspartner) wird hiermit vereinbart, dass der Verpflichtete/die Verpflichtete ab dem in der Zeit des Schulbesuchs das Medikament/die Medikamente

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

in der Dosierung¹

verabreicht.

Die Einnahme des Medikaments erfolgt zu folgenden Zeiten

.....

¹ Hier ist die vom Arzt vorgegebene Dosierung (z.B. 15 Tropfen, 1 Tablette) zu übernehmen. Die schriftlich vorliegende Dosierungsanweisung sollte der Vereinbarung beigelegt werden.

Darüber hinaus wird Folgendes vereinbart:²

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

Sobald bei der vorzunehmenden Medikation Änderungen eintreten, verpflichten sich die Sorgeberechtigten, diese unverzüglich mitzuteilen und an einer Neuvereinbarung der Verpflichtung mitzuwirken.

- Dass der Verpflichtete/die Verpflichtete ab dem den Schüler/die Schülerin in der Zeit des Schulbesuchs an die Einnahme seiner/ihrer Medikamente erinnert.

Diesbezüglich wird Folgendes vereinbart:³

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

- II. Die unter I. übernommene Verpflichtung wird im Falle der Abwesenheit des Verpflichteten/der Verpflichteten von

.....

Name, Vorname, Schule der Lehrkraft

wahrgenommen.

Der Vertreter/die Vertreterin hat die gleichen Rechte und Pflichten nach I. wie der Verpflichtete/die Verpflichtete. Beendet der Vertreter/die Vertreterin nach III. dieser Vereinbarung seine Vertretung, so kann diese Vereinbarung erst weiter umgesetzt werden, wenn ein neuer Vertreter/eine neue Vertreterin diese Vereinbarung gegengezeichnet hat.

Die Aufgaben des Vertreters/der Vertreterin enden ferner, wenn der Verpflichtete/die Verpflichtete sich von dieser Vereinbarung gelöst hat oder aus sonstigen Gründen von seiner/ihrer Verpflichtung frei wird.

Die vorliegende Vereinbarung wird erst wirksam, wenn sie durch den Vertreter/die Vertreterin unterzeichnet ist. Mit der Unterschrift wird der Unterzeichner/die Unterzeichnerin Vertreter/Vertreterin bezüglich der nach I. übernommenen Verpflichtung und erklärt sich mit III. dieser Vereinbarung einverstanden.

.....

Ort, Datum, Unterschrift des Vertreters/der Vertreterin

² Hier ist Raum für zusätzliche Vereinbarungen, z.B. Regelung, dass der Schüler/die Schülerin die Medikamente mitbringt oder zur Aufbewahrung der Medikamente an der Schule; Verpflichtung der Sorgeberechtigten, rechtzeitig vor dem Verbrauch neue Medikamente zur Verfügung zu stellen

³ Raum für zusätzliche Vereinbarungen, die die übernommene Verpflichtung zur Erinnerung an die Medikamenteneinnahme näher beschreiben, insb. z.B. die Bezeichnung des Medikamentes, die Tageszeit, zu der die Erinnerung erfolgen soll

- III. Diese Vereinbarung wird gegenstandslos, wenn der Schüler/die Schülerin die Schule nicht mehr besucht. Gleiches gilt, wenn der Schüler/die Schülerin vom Verpflichteten nicht mehr unterrichtet wird.
- IV. Im Zusammenhang mit der derzeitigen Medikation sind bislang folgende Komplikationen/Nebenwirkungen/auffällige Reaktionen beim Schüler/bei der Schülerin aufgetreten bzw. sind zu erwarten: ⁴

.....

Beim Eintritt von Komplikationen/Nebenwirkungen/auffälligen Reaktionen beim Schüler/bei der Schülerin oder sonstigen Schwierigkeiten, die sich aus der nach I. übernommenen Verpflichtung ergeben, soll benachrichtigt werden:

.....

Name, Vorname, Telefonnummer(n)

Sofern die zuvor benannte Person nicht erreichbar ist, soll benachrichtigt werden:

.....

Name, Vorname, Telefonnummer(n)

Für medizinische Fragen steht zur Verfügung

.....

Name und Telefonnummer des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin

Bei Eintritt von Notfällen wird folgendes Vorgehen vereinbart:

.....

Kosten, die im Zusammenhang mit dem Eintritt von Komplikationen/Nebenwirkungen/ auffälligen Reaktionen beim Schüler entstehen, werden von den Sorgeberechtigten getragen bzw. erstattet.

- V. Für die Teilnahme des Schülers/der Schülerin am Sportunterricht/am Schwimmunterricht wird Folgendes vereinbart:

.....

Für die Teilnahme des Schülers/der Schülerin an Klassenfahrten/Wandertagen/ Schullandheimaufenthalten werden jeweils gesonderte Vereinbarungen getroffen.

Kaiserslautern, den 20.....

.....

Unterschriften Verpflichteter/Verpflichtete und Sorgeberechtigte

Die Vereinbarung habe ich zur Kenntnis genommen

.....

Datum und Unterschrift des Schulleiters/der Schulleiterin

Anlagen: Kopien der ärztlichen Verordnungen
Kopie des Beipackzettels/der Beipackzettel

⁴ Hinsichtlich der möglichen Nebenwirkungen ist von den Sorgeberechtigten das Ergebnis der Konsultation mit dem Arzt/der Ärztin mitzuteilen. Ergänzend ist die Packungsbeilage des Medikamentes/der Medikamente zu beachten.

Einwilligung zur Weitergabe personenbezogener Daten

Ich willige/wir willigen ein, dass die Schule

.....

(Name und Anschrift der Schule)

personenbezogene Daten meines/unseres Kindes

Name und Klasse:

an die Lehrkräfte, die pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Mitschülerinnen und Mitschüler* weitergibt, soweit dies für den fürsorglichen Umgang mit dem Kind in der Schule erforderlich ist.

Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann/können.

.....

Ort, Datum Personensorgeberechtigte

* Die Wörter „Mitschülerinnen und Mitschüler“ können von den Personensorgeberechtigten gestrichen werden.