



Dokumentation der Medikamentengabe

Name der Schülerin / des Schülers: _____

Bezeichnung des Medikamentes¹: _____

Verabreichungsform (Tropfen, Tabletten, etc.): _____

Art der medizinischen Unterstützungsleistung:

- Erinnern
- Dosierung
- Vergabe

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

Datum	Uhrzeit	Erinnerung	Dosis (nur bei Dosierung/Vergabe)	Unterschrift	Anmerkung

¹Es wird empfohlen, für jedes Medikament jeweils einen Dokumentationsbogen zu führen



Einwilligung¹

Ich willige/Wir willigen ein, dass die Wilhelm-Koppers-Schule Menzelen-Veen,

- Standort Menzelen
- Standort Veen

nachfolgende personenbezogene Daten meines/unseres Kindes

Vorname, Name und Klasse: _____

chronische Erkrankung: _____

an die Lehrerinnen und Lehrer, die pädagogischen Mitarbeiterinnen oder pädagogischen Mitarbeiter sowie Mitschülerinnen oder Mitschüler² weitergibt, soweit dies für den fürsorglichen Umgang mit meinem/unserem Kind und die medizinischen Unterstützungsmaßnahmen in der Schule erforderlich ist.

Mir/Uns ist bekannt, dass ich meine/wir unsere Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann/können.

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift

¹Das Formular soll zweifach ausgefertigt werden: (1) Original für die Schule zur Aufbewahrung in der Schülerakte; (2) Durchschrift zur Aushändigung an den/die Personensorgeberechtigten.

²Die Wörter „Mitschüler oder Mitschülerinnen“ können von den Personensorgeberechtigten gestrichen werden.



Hinweise für Eltern

Voraussetzungen für eine Unterstützungsleistung von Kindern und Jugendlichen bei der Medikamenteneinnahme durch Lehrer und Lehrerinnen sowie Betreuer und Betreuerinnen im Nachmittagsbereich.

Auch bei einer Unterstützungsleistung durch Lehrer und Lehrerinnen sowie Betreuer und Betreuerinnen verbleibt es bei der elterlichen Sorge für Ihr Kind.

Die Übernahme von Unterstützungsleistungen durch Lehrer und Lehrerinnen sowie Betreuer und Betreuerinnen **ist freiwillig**. Es besteht **keine Rechtspflicht** für Lehrer und Lehrerinnen sowie Betreuer und Betreuerinnen, entsprechende Unterstützungsleistungen zu übernehmen.

Die Schule und die unterstützenden Lehrer und Lehrerinnen sowie Betreuer und Betreuerinnen 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 eines Lehrers oder Lehrerin sowie Betreuers oder Betreuerin nicht oder nicht durchgängig möglich, so teilt die Schulleiterin/der Schulleiter Ihnen dieses mit.

Lehnt Ihr Kind unbeschadet seiner Einsichtsfähigkeit eine Unterstützung ab, so wird diese durch die Lehrer und Lehrerinnen sowie Betreuer und Betreuerinnen 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 Schülerinnen und Schüler 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 Lehrern und Lehrerinnen sowie Betreuern und Betreuerinnen 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 bestätige/Wir bestätigen, dass ich/wir die vorstehenden Informationen im Interesse meines/unseren Kindes zur Kenntnis genommen habe/haben.

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift



A. Allgemeine Angaben durch die Eltern

Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes:

Anschrift des Kindes:

Ansprechperson(en) und deren Kontaktdaten bei Rückfragen seitens der Schule oder der unterstützenden Lehrer und Lehrerinnen sowie Betreuer und Betreuerinnen.

Hinweis: Die Eltern sind im Regelfall zugleich die Ansprechperson.

Ich bestätige/Wir bestätigen, dass die zuvor genannte/n Ansprechperson/en unter den genannten Kontaktdaten während der Unterrichtszeit sowie bei anderen schulischen Veranstaltungen (Tagesausflüge, Klassenfahrten) jederzeit erreichbar ist/sind.

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift

B. Aufgabenübertragung durch die Eltern

Hinweis: Die Lehrer und Lehrerinnen und Betreuer und Betreuerinnen, die sich freiwillig bereit erklären, im Vertretungsfall tätig zu werden, werden nachstehend gleichfalls eingetragen.

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

(Name der/des ermächtigten Lehrers/Lehrerin bzw. Betreuers/Betreuerin)

(Name der/des ermächtigten Lehrers/Lehrerin bzw. Betreuers/Betreuerin)

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift



C. Schweigepflichtentbindung durch die Eltern

Die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt entbinde ich gegenüber

(Name der/des ermächtigten Lehrers/Lehrerin bzw. Betreuers/Betreuerin)

(Name der/des ermächtigten Lehrers/Lehrerin bzw. Betreuers/Betreuerin)

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

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift

D. Verordnung der Ärztin oder des Arztes

Name des Kindes: _____ geb. am: _____

Die unten angeführten 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.					
6.					



Besondere Hinweise (insbesondere zum Medikament, zur Verabreichungsform), die für die Lehrer und Lehrerinnen sowie Betreuer und Betreuerinnen bei der Versorgung mit dem Medikament aus ärztlicher Sicht relevant sind:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

E. Bestätigung der freiwilligen Unterstützung durch den Lehrer/die Lehrerin oder den Betreuer/die Betreuerin

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

(Name des/der ermächtigten Lehrers/Lehrerin bzw. Betreuers/Betreuerin)

(Name des/der ermächtigten Lehrers/Lehrerin bzw. Betreuers/Betreuerin)

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift

F. Kenntnisnahme und Bestätigung der Schulleiterin/des Schulleiters

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

(Name der Schulleiterin/des Schulleiters)

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel