

Datum:
Hasenbergstraße 16
70839 Gerlingen
Telefon (07156) 205-284
Telefax (07156) 205-395
pestalozzi-schule@psgerlingen.de



Vereinbarung über die Durchführung von medizinischen Hilfsmaßnahmen

Name des Kindes: _____

Namen, Anschrift und Telefonnummern der Erziehungsberechtigten

Neuestes Foto
des Kindes

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

Medizinische Diagnose

Die Angabe einer medizinischen Diagnose ist nicht verpflichtend, kann aber im Notfall hilfreich sein.

Ärztliche Verordnung

Angabe, welche medizinische Hilfsmaßnahme in der Schule angezeigt ist und Hinweise, was hierbei zu beachten ist.

Tägliche Anwendungszeiten / Dauer

Name des Medikaments, Verabreichungszeiten, Dosierung, Art der Einnahme

Notfallmedikamente / Notfallmaßnahmen

Bitte angeben: Name des Medikaments, Medikamentenstärke und Dosierung

Angabe, **wann bzw. in welchem Fall** das Notfallfallmedikament gegeben werden soll

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 unverzüglich informieren.

Es liegt in der Verantwortung der Eltern, Medikamente, die ablaufen, rechtzeitig auszutauschen.

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

Einen übersichtlichen Notfallplan mit Foto habe ich der Schule abgegeben.

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Datum

Stempel

Unterschrift der Ärztin / des Arztes