

(zu Nummern 1.1 Satz 4; 1.2 Satz 2; 2.2 Satz 3; 2.3 Satz 2; 2.5 Satz 2; 2.10; 5 Abs. 2)

## Formular A

### Informationsblatt für Eltern zur Medikamentengabe an der Schule

Die Versorgung von chronisch erkrankten Schülerinnen oder Schülern mit Medikamenten während der Schulzeit kann von an der Schule tätigen Lehrkräften oder pädagogische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfolgen. Voraussetzung ist, dass die Personensorgeberechtigten die Versorgung mit Medikamenten an die Schule oder an von der Schule beauftragte oder ermächtigte Lehrkräfte, pädagogische Mitarbeiterinnen oder pädagogische Mitarbeiter übertragen und diese ihr Einverständnis erklärt haben.

Bei der Notwendigkeit der Vornahme subkutaner Injektionen bei Diabetes ist darüber hinaus eine entsprechende Schulung oder Unterweisung der tätig werdenden Lehrkräfte, pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch einen Arzt oder eine Ärztin zwingend erforderlich.

Alle darüber hinausgehenden notwendigen, insbesondere invasiven Maßnahmen müssen von medizinisch geschultem Personal (z. B. mobile Pflegedienste) durchgeführt werden.

Gegebenenfalls erforderliche Aufbewahrungsmöglichkeiten für Medikamente müssen, sofern diese an der Schule nicht vorhanden sind, von den Personensorgeberechtigten zur Verfügung gestellt werden.

Die Formulare zur Vereinbarung der Medikamentengabe sind in Absprache mit der Schule auszufüllen.

.....

Unterschrift und Stempel der Schulleitung

**Muster**

**Aufgabenübertragung durch die Personensorgeberechtigten an die Schule**

Hiermit übertrage ich/übertragen wir \_\_\_\_\_ die Versorgung  
(Name Personensorgeberechtigte)

meines/unseres Kindes mit den vom Arzt verordneten Medikamenten während der Schulzeit an

\_\_\_\_\_  
(Name/Namen der ermächtigten Person/Personen )

Soweit keine Freistellung von der Haftung durch die Unfallkasse Sachsen-Anhalt vorliegt, stelle ich die Schule sowie die ermächtigte Person oder die ermächtigten Personen von der Haftung, die im Zusammenhang mit der übernommenen Versorgung entstehen kann, frei.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Personensorgeberechtigte

**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	Art der Verabreichung	Dosis	Dauer der Einnahme
1.					
2.					
3.					

.....  
Ort, Datum

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

**Schweigepflichtsentbindung**

Den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin entbinde ich gegenüber

\_\_\_\_\_  
(Name der Schule oder der ermächtigten Person/en)

insoweit von der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB, als es für die Verabreichung / Unterstützung bei der Verabreichung von Medikamenten notwendig ist.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Personensorgeberechtigte

**Muster**

**Aufgabenübertragung durch die Personensorgeberechtigten an die Schule  
bei Diabetes des Kindes**

Hiermit übertrage ich/übertragen wir die Versorgung meines/unseres Kindes mit den vom Arzt/von der Ärztin verordneten Medikamenten zu den angegebenen Zeiten oder im beschriebenen Anlassfall an \_\_\_\_\_\*.  
(Name/Namen der ermächtigten Person/Personen)

Die Aufgabenübertragung umfasst die Blutentnahme zur Bestimmung des Blutzuckerwertes und die Insulingabe durch subkutane Injektionen.

Soweit keine Freistellung von der Haftung durch die Unfallkasse Sachsen-Anhalt vorliegt, stelle ich die Schule sowie die ermächtigte Person oder die ermächtigten Personen von der Haftung, die im Zusammenhang mit der übernommenen Versorgung entstehen kann, frei.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Personensorgeberechtigte

\* Die betreffenden Personen wurden durch den Arzt/die Ärztin in die Verabreichung eingewiesen.

**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	Art der Verabreichung	Dosis	Dauer der Einnahme
1.					
2.					
3.					

.....  
Ort, Datum

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

**Schweigepflichtsentbindung**

den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin entbinde ich gegenüber

\_\_\_\_\_  
(Name der Schule oder der ermächtigten Person/en)

insoweit von der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB, als es für die Verabreichung / Unterstützung bei der Verabreichung von Medikamenten notwendig ist.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Personensorgeberechtigte

**Muster**

**Einwilligung**

Ich willige/wir willigen ein, dass die Schule

\_\_\_\_\_ (Name der Schule)

personenbezogene Daten meines/unsere Kindes

Name und Klasse \_\_\_\_\_

chronische Erkrankung \_\_\_\_\_

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

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

.....

Ort, Datum

.....

Personensorgeberechtigte

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