……

……

……
(Anschrift der Eltern)

…….....
(Ort) (Datum)

An die

(Stempel der Schule)

Vereinbarung über die Durchführung von medizinischen Hilfsmaßnahmen / die Verabreichung von Medikamenten

Hiermit beauftrage ich/beauftragen wir die im Folgenden genannten Bediensteten der o. a. Schule, an meiner/unserer Tochter oder 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.

Ärztliche Verordnung (Angabe, welche medizinische Hilfsmaßnahme in der Schule angezeigt ist und Hinweise, was hierbei zu beachten ist):

Medizinische Diagnose für die zu betreuende Schülerin oder den zu betreuenden Schüler (Die Angabe einer medizinischen Diagnose ist nicht verpflichtend, kann jedoch im Notfall hilfreich sein):

Tägliche Anwendungszeiten/Dauer:

Notfallmaßnahmen, Ansprechpartner, Besonderheiten für Medikamentenverabreichung, ggf. Nebenwirkungen:

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

_____
Datum, Unterschrift der Eltern