

Vereinbarung zur Medikation in der Schule

Schule: _____

1. Angaben zum Kind

Name, Vorname: _____

Klasse: _____

Geburtsdatum: _____

2. Ärztliche Bescheinigung (durch den behandelnden Arzt auszufüllen)

Die Verabreichung ist während der Unterrichtszeit zwingend erforderlich, da eine Gabe außerhalb der Schulzeit medizinisch nicht vertretbar ist.

Diagnose/Grund der Medikation: _____

Medikament:

Dosierung:

Uhrzeit/Anlass:

Art der Verabreichung (z.B. Tablette, Spray): _____

Mögliche Nebenwirkungen / Besonderheiten: _____

Ort, Datum

Stempel & Unterschrift Arzt

3. Einwilligung der Sorgeberechtigten

Ich/Wir beauftragen die Schule/Lehrkraft mit der Durchführung der o.g. Medikation. Ich/Wir verpflichten uns, das Medikament in der Originalverpackung inkl. Beipackzettel bereitzustellen und Änderungen der Dosierung oder das Absetzen sofort schriftlich mitzuteilen. Die behandelnde Ärztin/der Arzt wird gegenüber der Schule von der Schweigepflicht entbunden.

Ort, Datum | Unterschrift(en) aller Sorgeberechtigten

4. Einverständnis der Schule (Lehrkraft / Personal)

Die o.g. Lehrkraft/Person erklärt sich **freiwillig** bereit, die Medikation gemäß ärztlicher Anweisung zu unterstützen/überwachen. Ein Rechtsanspruch gegenüber der Lehrkraft besteht nicht.

Name der ausführenden Person(en): _____

Ort, Datum | Unterschrift der Lehrkraft & Schulleitung (Stempel)

Datenschutzhinweis: Die Daten werden ausschließlich zum Zweck der medizinischen Versorgung im Schulalltag gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. g DSGVO verarbeitet und nach Ablauf der Notwendigkeit vernichtet.