Anlage

............................................................................................................................. ............................................................................................................................. .............................................................................................................................

(Anschrift der Eltern oder der oder des allein Sorgeberechtigten, inkl. Notfall-Telefonnummer)

**Aufgabenübertragung durch die Personensorgeberechtigten**

Hiermit übertrage ich/übertragen wir die Versorgung meines/unseres Kindes \_\_\_\_\_\_ während der Schulzeit mit den von der Ärztin/von dem Arzt verordneten Medikamenten/Sondennahrung zu den angegebenen Zeiten oder im beschriebenen Anlass an \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Ich stelle/wir stellen die Schule sowie die ermächtigte Person oder die ermächtigten Personen von der Haftung, die im Zusammenhang mit der übernommenen Versorgung entstehen kann, frei.

Wir verpflichten uns/ich verpflichte mich darüber hinaus, im engen Kontakt mit der unterzeichnenden Lehrkraft oder dem unterzeichnenden pädagogischen Mitarbeiter bzw. der päd. Mitarbeiterin die jeweils erforderlichen aktuellen Informationen oder aktuellen ärztlichen Verschreibungen mitzuteilen und zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus informiere/n wir/ich die unterzeichnende Lehrkraft oder den pädagogischen Mitarbeiter bzw. die päd. Mitarbeiterin unverzüglich über Änderungen, die diese Vereinbarung betreffen.

Die ermächtigte Person hat jederzeit das Recht zur fristlosen Kündigung dieser Vereinbarung, wenn nach ihrer Einschätzung die Kooperation der Schülerin oder des Schülers, der Sorgeberechtigten oder des Arztes nicht (mehr) ausreichend gegeben ist. Das Recht zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Die Vereinbarung ist von den Sorgeberechtigten jederzeit fristlos ohne Angabe von Gründen kündbar. Die Vereinbarung wird gegenstandslos, wenn die Schülerin oder der Schüler die Schule nicht mehr besucht oder von der ermächtigten Person nicht mehr regelmäßig unterrichtet, betreut oder unterstützt wird. Die Vereinbarung ist ebenfalls gegenstandslos, wenn die unterzeichnenden Sorgeberechtigten ihr Recht zur Personensorge verlieren. Kosten, die im Zusammenhang mit dem Eintritt von Komplikationen/ Nebenwirkungen/ auffälligen Reaktionen bei der Schülerin oder dem Schüler entstehen, werden von den Sorgeberechtigten getragen bzw. erstattet. Soweit derartige Komplikationen auftreten, sollen benachrichtigt werden:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Die Beauftragung soll bis zum .................................................. oder bis zu ihrer

(Datum angeben)

schriftlichen Kündigung gültig sein.

Verlängerung bis zum ....................................................

(Datum angeben)

(Hinweis: Im Fall der Verlängerung ist diese Vereinbarung erneut von allen zu beteiligenden Personen zu unterschreiben.)

Für Schulfahrten, Unterricht an außerschulischen Lernorten sowie Sportunterricht werden gegebenenfalls Sonderregelungen vereinbart.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ort, Datum) Unterschrift Personenberechtigte

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

**Lehrkraft der Schule (oder pädagogischer Mitarbeiter und Mitarbeiterin):**

Ich übernehme freiwillig die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Pflichten.

Mir ist bekannt, dass bei vorsätzlich verursachten Schäden Regressansprüche gegen mich durch die gesetzliche Unfallversicherung oder das Land Niedersachsen entstehen können.

........................................................................................................................................ (Unterschrift der Lehrkraft oder pädagogischer Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterin)

Vertretung:

Folgende Lehrkraft oder pädagogischer Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterin übernimmt freiwillig für den ggf. erforderlichen Fall der Vertretung vorübergehend die aus dieser Vereinbarung resultierenden Pflichten.

Name: ........................................................................................................................

..........................................

(Unterschrift der Vertretungskraft)

Die Einweisung durch den behandelnden Arzt/Eltern hat stattgefunden am………………………….. und wurde durch ……………………………………………………………durchgeführt.

........................................................................................................................................(Unterschrift der einweisenden Person)

**Verordnung der Ärztin oder des Arztes**

Name des Kindes:…………………………… geb. am: ………………………..

Die unten angeführten Medikamente/Sondennahrung dürfen in der Schule verabreicht werden und müssen zu den genannten Tageszeiten oder im angegebenen Fall wie folgt eingenommen werden:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Name des Medikaments | Uhrzeit | Art der Verabreichung | Dosis | Dauer der Einnahme |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |

Bei der Lagerung/Verabreichung

ist zu beachten:

Das Medikament wird in der Schule

.................................................................................... aufbewahrt.

(genaue Angabe der Örtlichkeit/des Behältnisses)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ort, Datum) Unterschrift und Stempel des Arztes

Die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt entbinde ich gegenüber

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Name der Schule und ermächtigte Person/en)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ort, Datum) Unterschrift Personenberechtigte

**Datenschutzerklärung - Einwilligung**

Ich willige/wir willigen ein, dass die Schule\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ personenbezogene Daten meines/unsere Kindes

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

Art der Erkrankung:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ort, Datum) Unterschrift Personenberechtigte

\* Die Worte „Mitschülerinnen und Mitschüler“ können von den Personensorgeberechtigten gestrichen werden.

........................................................................................................................................ (Unterschrift der Eltern oder der allein sorgeberechtigten Person)

Anlagen:

1. Kopie der ärztlichen Verordnung
2. Kopie des Beipackzettels