

Vereinbarung zur Unterstützungsleistungen oder Maßnahmen im Rahmen einer Erkrankung des Kindes

A Gegenstand der Vereinbarung

Die folgende Vereinbarung betrifft Absprachen zwischen den Erziehungsberechtigten

Name, Vorname, Anschrift

Name, Vorname, Anschrift

von

Name, Vorname, Klasse, Geburtsdatum des Kindes

Anschrift des Kindes

und dem Städtischen Gymnasium in Petershagen, das durch die von der Schulleitung bestellte Personen

Name, Vorname

Name, Vorname

vertreten wird. Die Vereinbarung umfasst Unterstützungsleistungen und Maßnahmen, die bei einem Notfall oder die aufgrund der gesundheitlichen Situation der Schülerin oder des Schülers notwendig sind.

B Einwilligung¹ zum Datenschutz

Ich willige / Wir willigen ein, dass das Städtische Gymnasium Petershagen nachfolgende personenbezogene Daten meines / unseres Kindes an die Lehrerinnen und Lehrer, die pädagogischen Mitarbeiterinnen oder pädagogischen Mitarbeiter sowie Mitschülerinnen oder Mitschüler² weitergibt, soweit dies für den fürsorglichen Umgang und die medizinischen Unterstützungsmaßnahmen meines / unseres Kinds in der Schule erforderlich ist.

Außerdem willige ich / willigen wir ein, dass Daten, die die Erkrankung meines / unseres Kindes betreffen, gespeichert und im Notfall an den Rettungsdienst, das Krankenhaus oder Ärzte weitergegeben werden.

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

C Schweigepflichtentbindung durch die Erziehungsberechtigten

Die behandelnde Ärztin / Den behandelnden Arzt entbinde ich / entbinden wir gegenüber von der Schulleitung bestellten Vertretern der Schule insoweit von der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB, wie es für die Durchführung von medizinischen Unterstützungsleistungen im Rahmen einer Medikamentengabe, Hilfeleistung im Notfall oder Unterstützung bei der Erkrankung, erforderlich ist.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberichtigte(r)

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberichtigte(r)

¹ Das Formular soll zweifach ausgefertigt werden: (1) Original für die Schule zur Aufbewahrung in der Schülerakte; (2) Durchschrift zur Aushändigung an den / die Personensorgeberechtigten.

² Die Wörter „Mitschüler oder Mitschülerinnen“ können von den Personensorgeberechtigten gestrichen werden.

D Hinweise für die Eltern zur Medikamentengabe

Voraussetzungen für eine Unterstützungsleistung von Kindern und Jugendlichen bei der Medikamenteneinnahme durch Lehrerinnen und Lehrer:

Auch bei einer Unterstützungsleistung durch Lehrerinnen und Lehrer verbleibt es bei der elterlichen Sorge für Ihr Kind.

Die Übernahme von Unterstützungsleistungen durch Lehrerinnen und Lehrer ist freiwillig. Es besteht keine Rechtspflicht für Lehrerinnen und Lehrer, entsprechende Unterstützungsleistungen zu übernehmen.

Die Schule und die unterstützenden Lehrerinnen und Lehrer sind in diesem Kontext darauf angewiesen, dass sie von Ihnen über eine chronische Erkrankung des Kindes sowie Nebenwirkungen oder andere Komplikationen aufgrund der Medikamenteneinnahme umfassend informiert sind. Nur so kann eine sachgerechte und rechtlich abgesicherte Unterstützung Ihres Kindes erfolgen.

Ist eine Vertretung einer Lehrerin oder eines Lehrers nicht oder nicht durchgängig möglich, so teilt die Schulleiterin oder der Schulleiter Ihnen dieses mit.

Lehnt Ihr Kind unbeschadet seiner Einsichtsfähigkeit eine Unterstützung ab, so wird diese durch die Lehrerinnen und Lehrer nicht vorgenommen. In diesem Fall werden Sie unverzüglich benachrichtigt.

Bei Bedarf haben Sie der Schule eine geeignete Aufbewahrungsmöglichkeit für das Medikament Ihres Kindes zur Verfügung zu stellen. Auch ist der Schule schriftlich mitzuteilen, wenn eine besondere Aufbewahrung des Medikamentes erforderlich ist.

Mit Unterstützung der Schule tragen Sie dafür Sorge, dass sich andere Schülerinnen und Schüler oder sonstige Dritte keinen unberechtigten Zugang zu dem Medikament verschaffen können.

Ferner ist die Verpackung des Medikamentes sowie das Medikament selbst mit dem Namen des Kindes zu versehen. Auch tragen Sie mit Unterstützung der Schule dafür Sorge, dass das Medikament in der Schule in ausreichender Menge vorhanden ist und das Verwendbarkeitsdatum des Medikamentes nicht überschritten wird.

Sie als Eltern sind dafür verantwortlich, den betreffenden Lehrerinnen und Lehrern jede Änderung in Bezug auf die Durchführung der Unterstützung unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Gegebenenfalls sollte die schriftliche Vereinbarung neu gefasst werden.

Sind ausnahmsweise Erste-Hilfe-Maßnahmen erforderlich, werden Sie unverzüglich informiert.

Bei Klassenfahrten und Schulausflügen kann es in besonders gelagerten Einzelfällen erforderlich sein, dass ein Familienmitglied an der Klassenfahrt oder dem Schulausflug teilnimmt.

E Vereinbarungen zum Vorgehen bei einem medizinischen Notfall

Aufgrund einer Erkrankung der in A genannten Schülerin oder des in A genannten Schülers kann es in der Schule zu Notfallsituationen kommen, in denen von Mitgliedern der Schulgemeinde Erste-Hilfe geleistet werden muss. Hierfür werden Absprachen, die diese Notfallsituation betreffen, festgelegt. Dies umfasst unter anderem Maßnahmen der Ersten-Hilfe und die Medikamentengabe. Handlungen wie eine mögliche Medikamentengabe, die über den Umfang von allgemeinen Erste-Hilfe-Maßnahmen hinausgehen, sind freiwillig, sodass hier durch diese Vereinbarung kein Rechtsanspruch auf die Durchführung dieser Maßnahmen besteht.

Im Notfall erfolgt die Versorgung durch Mitglieder der Schulgemeinde und nicht durch medizinisches Fachpersonal, sodass keine fachgerechte Umsetzung der Vereinbarungen garantiert werden kann. Haftungsansprüche gegen die Schule oder an den an der Hilfeleistung beteiligten Personen sind daher auch dann ausgeschlossen, wenn diese durch einen Fehler einen gesundheitlichen Schaden verursacht haben.

Um welche Erkrankung handelt es sich? _____

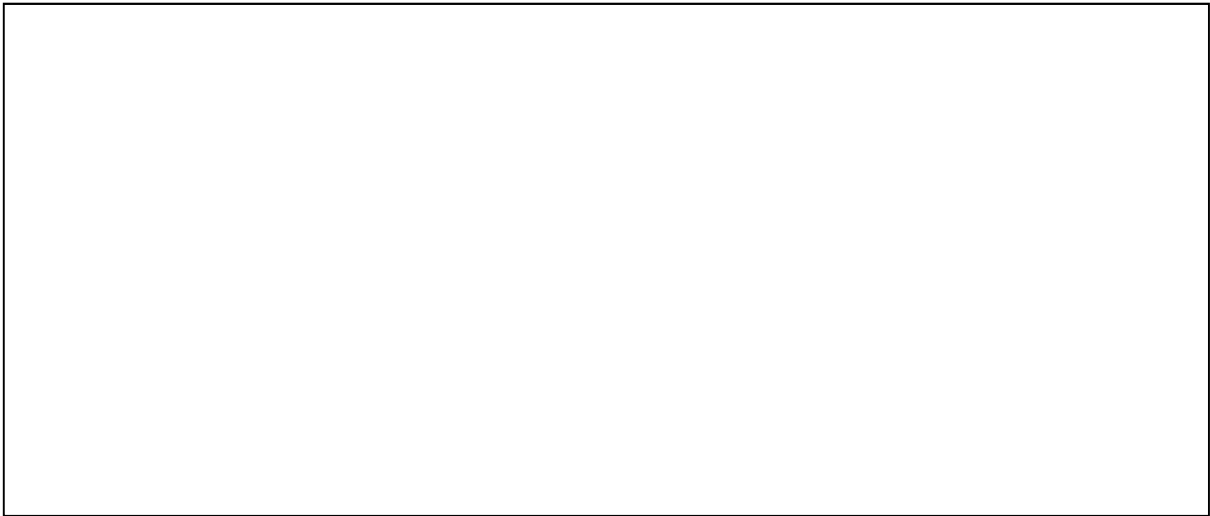
Wer ist im Notfall zu benachrichtigen?

Ansprechperson(en) und deren Kontaktdaten bei Rückfragen seitens der Schule oder der unterstützenden Lehrerinnen und Lehrer.

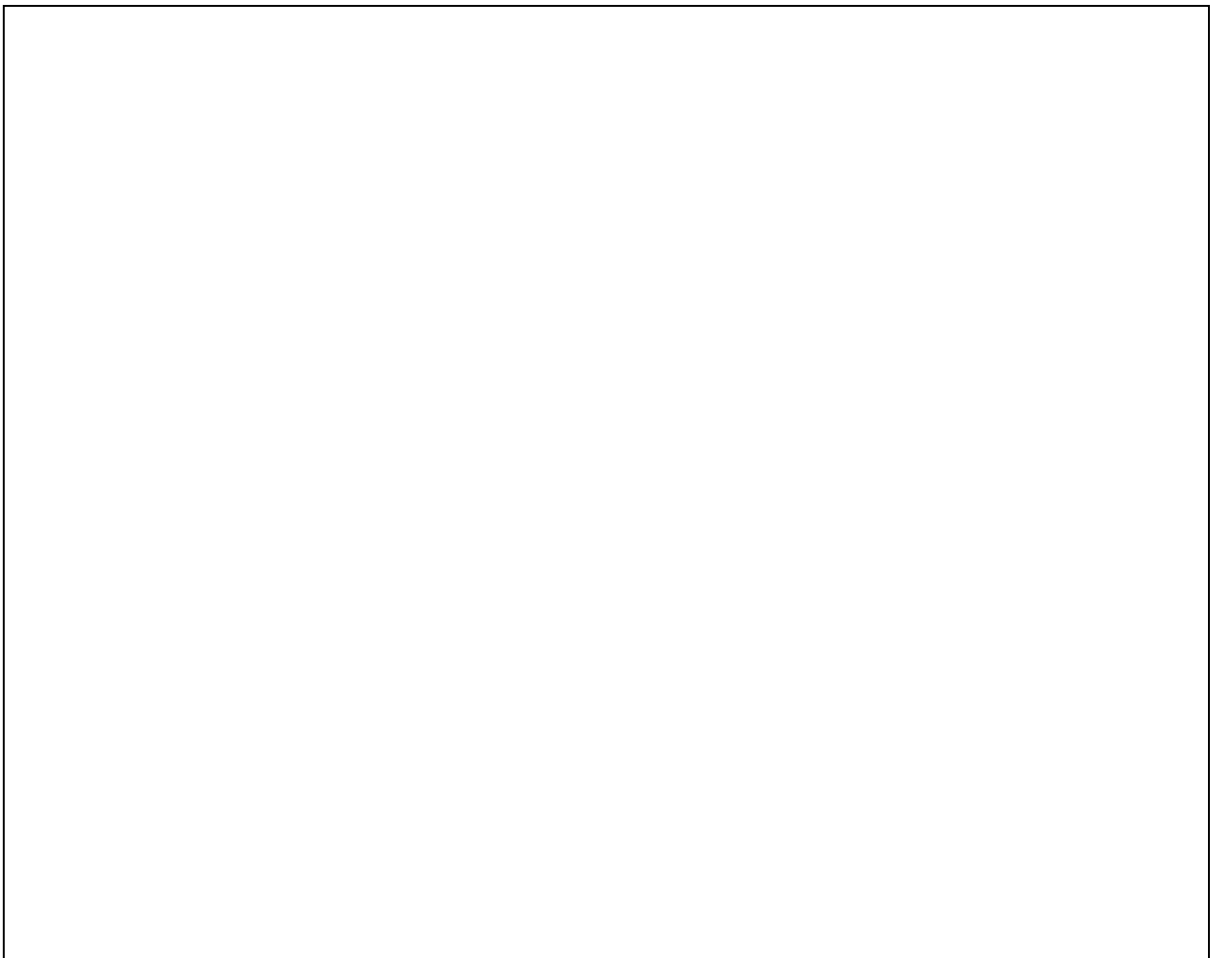
Hinweis: Die Eltern sind im Regelfall zugleich die Ansprechpersonen.

Die Erziehungsberechtigten sorgen dafür, dass die Kontaktpersonen unter den genannten Kontaktdaten während der Unterrichtszeit sowie bei anderen schulischen Veranstaltungen (Tagesausflüge, Klassenfahrten) jederzeit erreichbar sind und teilen Änderungen unverzüglich der Schule mit.

Welche Notfallsituationen können auftreten und wie sind diese zu erkennen?

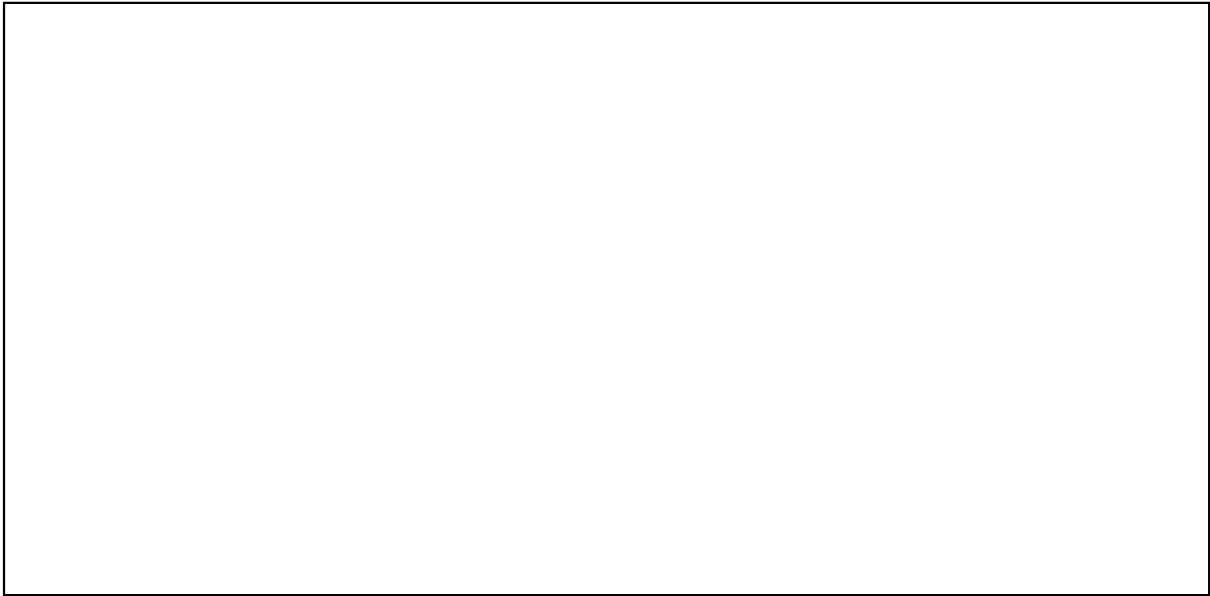
A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the student to write down emergency situations and their recognition.

Wie ist im Notfall zu reagieren? Wer sollte diese Maßnahmen durchführen³? (Medikamentengabe, Erste-Hilfe-Maßnahmen, Benachrichtigung des Rettungsdienstes, mögliche Komplikationen...)

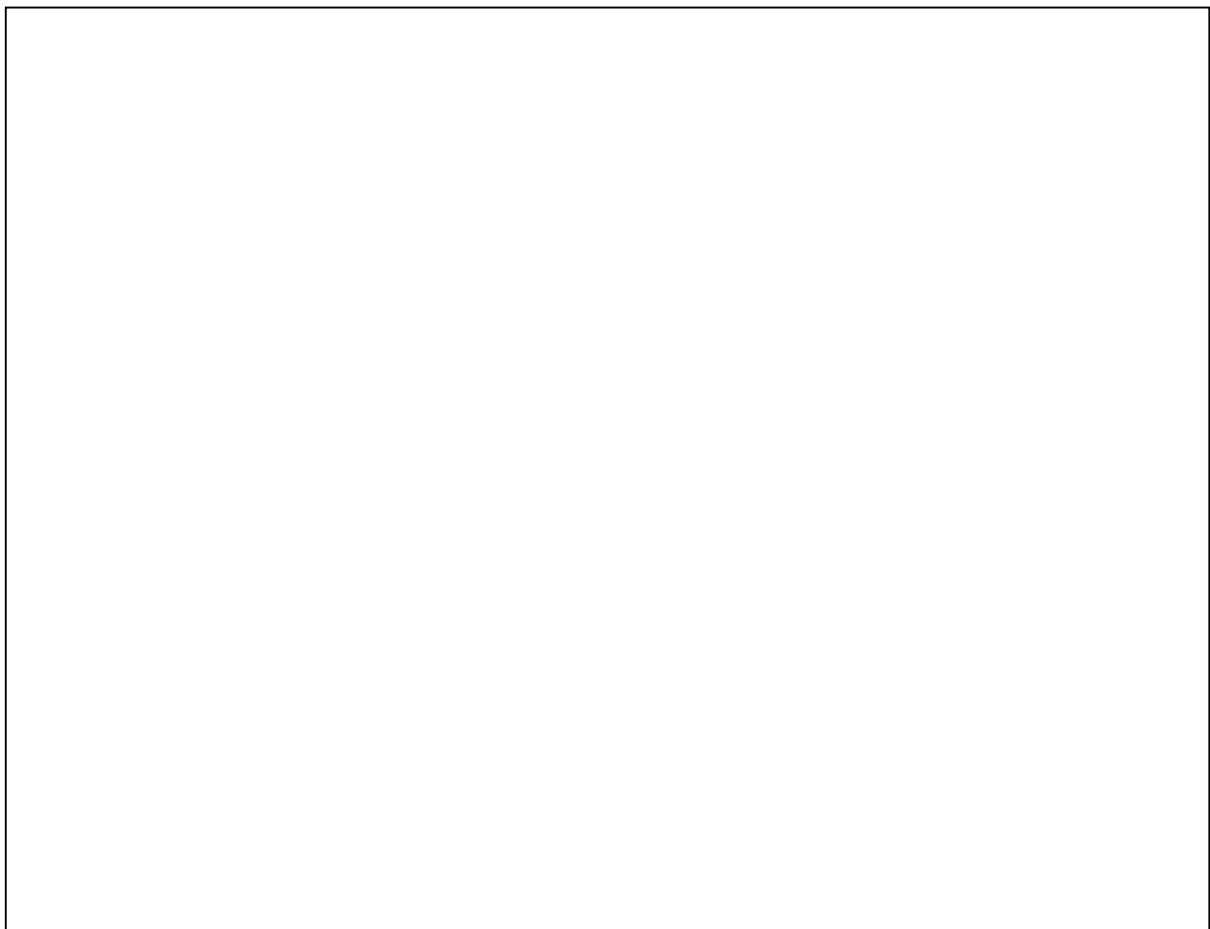
A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the student to write down emergency response procedures and responsible personnel.

³ Falls bestimmte Personen die Maßnahmen durchführen sollen, sind diese in die Tabelle F einzutragen.

Welche weiteren Absprachen wurden für einen Notfall getroffen?

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for handwritten notes or answers to the question above.

Welche Absprachen wurden zur Vorbereitung auf einen Notfall getroffen? (Wechselkleidung, Aufbewahrung/Ablaufdaten/Ersatz der Medikamente, Schulungen, Welche Personen sollen informiert werden? ...)

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for handwritten notes or answers to the question above.

F Aufgabenübertragung durch die Eltern für eine Medikation an bestimmte Personen

Hiermit übertrage ich / übertragen wir die Versorgung meines / unseres Kindes mit den von der Ärztin / von dem Arzt verordneten Medikamenten während der Schulzeit an Mitglieder der Schulgemeinde. Die genannten Personen bestätigen mit ihrer Unterschrift, dass sie die Unterstützung der unter A genannten Schülerin / des unter A genannten Schülers bei der Medikamenteneinnahme auf freiwilliger Basis übernehmen.

Name	Vorname	Ort/Datum	Unterschrift

G Benachrichtigungspflicht

Die Erziehungsberechtigten verpflichten sich, notwendige Änderungen und Ergänzungen zu dieser Vereinbarung unverzüglich mitzuteilen.

Ich / Wir bestätigen mit unsrer Untersucht die in den Punkten D bis G festgelegten Absprachen.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberichtigte(r)

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberichtigte(r)

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift Vertreter(in) der Schule

H Kenntnisnahme und Bestätigung der Schulleiterin / des Schulleiters

Gegen die vorbezeichnete freiwillige Unterstützung bestehen keine organisatorischen oder personellen Bedenken.

.....
Ort/Datum/Unterschrift

Schulstempel

I Anhang

Folgende Unterlagen liegen dieser Absprache bei:

- Arztbrief
- Notfallkarte
- _____
- _____

I 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	Form der Verabreichung	Dosierung	Dauer der Einnahme

Besondere Hinweise (insbesondere zum Medikament, zur Verabreichungsform), die für die Lehrerinnen und Lehrer bei der Versorgung mit dem Medikament aus ärztlicher Sicht relevant sind:

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Sehr geehrte Eltern,
 zur Vorsorge können Sie diese Notfallkarte ausfüllen, die dann für Sie im Sekretariat in einem Ordner
 aufbewahrt wird. Im Falle eines medizinischen Notfalls in der Schule dient diese Karte zur schnellen
 Information des Rettungsdienstes und wird diesem für eine mögliche Behandlung im Krankenhaus
 mitgegeben. Natürlich können Sie die Karte jederzeit entfernen und vernichten.

 <h2 style="margin: 0;">Notfallkarte</h2> <p style="margin: 0;">Städtisches Gymnasium Petershagen</p>		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> Lichtbild </div>
Vorname:	geb. am:	
Name:		
Straße:		
PLZ:	Ort:	
Notfallkontakt:		Tel.:
Notfallkontakt:		Tel.:
Notfallkontakt: Gymnasium Petershagen		Tel.: 05707/440
Erkrankung: <div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-top: 5px;"></div>	Hausarzt: <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 5px;"></div>	
Allergien:		
<div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div>		
Medikament:	Dosis/Einnahme:	
Medikament:	Dosis/Einnahme:	
Medikament:	Dosis/Einnahme:	