



Anlage A

Vereinbarung
über die Durchführung von medizinischen Hilfsmaßnahmen/Medikamentengabe
unter Mithilfe von pädagogischem Personal der SVE

Zwischen

Name und Anschrift der/des Sorgeberechtigten

und

Dr.-Karl-Kroiß-Schule Förderzentrum – Förderschwerpunkt Hören Berner Str. 14 97084 Würzburg
--

Name und Anschrift der Schule / SVE

Hiermit beauftragen wir/beauftrage ich die o. a. Schulvorbereitende Einrichtung an

--

Nachname, Vorname des Kindes

aufgrund der ärztlichen Diagnose (**ärztliche Verordnung liegt bei**):

--

die nachfolgend genannte ärztlich verordnete medizinische Hilfsmaßnahme durchzuführen.

Art der Maßnahme/ Verabreichungsform	
Name des Medikaments	
Anwendungshäufigkeit	
Anwendungszeitpunkt	
Dosierung	
Sonstige Anmerkungen	

Wir verpflichten uns/Ich verpflichte mich, jede Änderung bei der verordneten medizinischen Hilfsmaßnahme unverzüglich an die SVE zu melden und eine aktualisierte ärztliche Verordnung vorzulegen.

Vorgehen bei Komplikationen/im Notfall:

Telefonische Erreichbarkeit:

Sorgeberechtigte/-r: _____

Arzt/Ärztin: _____

Die übernommene medizinische Hilfsmaßnahme wird durchgeführt von

Nachname, Vorname der Gruppenleitung

Im Falle der Abwesenheit vertretungsweise von

Nachname, Vorname der Gruppenleitung

Die Beauftragung soll bis zum _____ oder ihrem Widerruf durch schriftliche Erklärung gegenüber der SVE gültig sein.

Datum, Unterschrift der Sorgeberechtigten

Datum, Unterschrift der Schulleitung