



Anlage A

Vereinbarung
über die Durchführung von medizinischen Hilfsmaßnahmen/Medikamentengabe
unter Mithilfe von Lehrkräften

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

Hiermit beauftragen wir/beauftrage ich die o. a. Schule 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 Schule 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 Lehrkraft

Im Falle der Abwesenheit vertretungsweise von

Nachname, Vorname der Lehrkraft

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

Diese Vereinbarung gilt nicht für die Teilnahme der Schülerin bzw. des Schülers an Schülerfahrten.

Datum, Unterschrift der Sorgeberechtigten

Datum, Unterschrift der Schulleitung