



Graf-Friedrich-Schule

Gymnasium des Landkreises Diepholz

Anlage 1

Schuljahr ____/____

Angabe über Erkrankungen/Behinderungen

Name der Schülerin/des Schülers _____, Klasse/Jg. _____

Festgestellte, für den Schulbereich bedeutsame Erkrankungen/Behinderungen:
(ärztliche Bescheinigungen/Stellungnahmen/Verordnungen vorlegen)

Angaben zu notwendigen Maßnahmen (Medikamentierung und Dosierung, genaue Anleitung beilegen):

Das/Die bereitzuhaltende/n Medikament/e ist/sind für Lehr- und Aufsichtskräfte stets leicht erreichbar aufzubewahren, aber vor unbefugtem Zugriff durch Mitschüler zu schützen. Ein Warnschild im Schrank weist ausdrücklich darauf hin, dass es sich bei den Packungen um Medikamente handelt. Das/Die Medikament/e haben deutlich - und nicht nur auf der Schachtel - den Namen des Kindes zu tragen, für das das/die Medikament/e bestimmt ist/sind. Zumindest einzelne Kinder der Klasse müssen um die Aufbewahrung wissen, damit sie fremde Lehrkräfte darauf hinweisen können.

Die (Notfall-)Medikamente befinden sich daher in Raum/ genauer Aufbewahrungsort:

Der Bedarfsfall zeigt sich wie folgt an (ggf. separates Blatt anfügen):

Hiermit erkläre/n ich/wir, dass meinem/unserem Kind in der Schule durch eine Lehrkraft oder pädagogische/n Mitarbeiter/-in oder eine andere berechnigte Person das/die durch den Arzt festgelegte/n Medikament/e regelmäßig oder in der beschriebenen Situation verabreicht werden darf/dürfen. Es ist mir/uns bewusst, dass weder die Lehrkraft noch die andere berechnigte Person eine medizinische Ausbildung besitzt(t/en). Ich/Wir stelle/n hiermit ausdrücklich bezüglich der Verabreichung des/der oben genannten Medikamente/s die handelnde Lehrkraft oder sonstige berechnigte Person von jeglichen Haftungsansprüchen meinerseits/unsererseits oder meines/unseres Kindes frei.

Diese Einwilligung gilt **bis auf Widerruf**.

Mögliche Änderungen bzgl. des/r Medikaments/e, Dosierung o. Ä. teile/n ich/wir der Schule **unverzüglich** mit.

Name, Adresse, Telefonnummer des betreuenden Arztes:

Im Notfall alternativ zu den Erziehungsberechnigten zu benachrichtigen:

Name, Vorname	Telefon-Nummer	Handy-Nummer

Ich/Wir willige/n ein, dass die Schule evtl. Auskünfte vom behandelnden Arzt einholt und diejenigen personenbezogenen Daten meines/unseres Kindes an Lehrer u. a. weitergibt, soweit dies für den fürsorglichen Umgang mit dem Kind in der Schule erforderlich ist.

Ort, Datum _____

(Vor- und Nachname)

Unterschrift der Erziehungsberechnigten

(Vor- und Nachname)