

# Grundschule Speyer Siedlungsschule

Birkenweg 10, 67346 Speyer, Tel. 06232/34041, Fax 640196, E-Mail: [siedlungsgrundschule@gmx.de](mailto:siedlungsgrundschule@gmx.de)

## Medikamentenabgabe in der Schule

### Teil 1: Einwilligung der Sorgeberechtigten

Hiermit willigen wir

---

**(Name, Vorname der Mutter)**

---

**(Name, Vorname des Vaters / 2. Sorgeberechtigte(r))**

ein, dass unserem Sohn / unserer Tochter

---

**(Name, Vorname des Kindes/ aktuelle Klasse)**

Im Bedarfsfall folgende(s) nachfolgende(s) Medikament(e) durch nachfolgend namentlich benannte **Lehrkräfte (Sicherheitsbeauftragte(r)/Ausgebildete(r) Ersthelfer(in)/ in der Verwendung von Spritzen o.ä. eingewiesene Lehrkraft):**

---

---

---

ausgegeben werden darf.

**Medikament(e):**

---

---

**Dosierung und Anleitung:**

(wenn notwendig, Folgeblatt verwenden)

---

---

---

---

---

Der Bedarfsfall zeigt sich wie folgt an:

---

---

---

---

---

---

Die bereitzuhaltenden Medikamente 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. Die Medikamente haben deutlich, und nicht nur auf der Schachtel, den Namen des Kindes tragen, für das die Medikamente bestimmt sind. Zumindest einzelne Kinder der Klasse müssen um die Aufbewahrung wissen, damit sie fremde Lehrer/innen darauf hinweisen können.

Die (Notfall-)medikamente befinden sich daher:

Raum:

---

Genauer Aufbewahrungsort:

---

Hiermit erklären wir, dass unserem Kind in der Schule durch eine Lehrkraft oder Pädagogische Mitarbeiterin die durch den Arzt festgelegten Medikamente regelmäßig oder in der beschriebenen Situation verabreicht werden. Es ist mir bewusst, dass weder die Lehrkraft noch die Pädagogische Mitarbeiterin eine medizinische Ausbildung besitzen. Ich stelle hiermit ausdrücklich bezüglich der

Verabreichung der oben genannten Medikamente die handelnde Lehrkraft oder Pädagogische Mitarbeiterin von jeglichen Haftungsansprüchen unsererseits oder unseres Kindes frei.

Diese Einwilligung gilt ausschließlich für das laufende Schuljahr und muss stets jedes kommende Schuljahr im Bedarfsfall erneuert werden. Mögliche Änderungen bzgl. des Medikaments, Dosierung, o.ä. teilen wir der Schule unverzüglich mit.

---

---

(Unterschriften beider Sorgeberechtigter)

---

(Ort, Datum)

## Teil 2: Datenschutzeinwilligung der Sorgeberechtigten

### Einwilligung

Der Sorgeberechtigten gegenüber der Schule/Lehrkraft Name: \_\_\_\_\_

zur Datennutzung (Weitergabe) innerhalb der Schule (Name): \_\_\_\_\_

Wir willigen ein, dass die Schule diejenigen personenbezogenen Daten unseres Kindes

(Name und Klasse): \_\_\_\_\_

betr. die chronische Erkrankung \_\_\_\_\_

an Lehrer und Mitschüler\* weitergibt, soweit dies für den fürsorglichen Umgang mit dem Kind in der Schule erforderlich ist.

Uns ist bekannt, dass wir unsere Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können.

**\*Nicht Gewünschtes bitte streichen.**

---

Datum und Ort

---

---

Unterschriften beider Sorgeberechtigten

### Teil 3: Beschränkte Schweigepflichtsentbindung

Wir entbinden Frau/Herrn Dr. \_\_\_\_\_

gegenüber der Schule (Name)/der Lehrkraft (Name)\* \_\_\_\_\_

von der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 StGB. Diese Schweigepflichtsentbindung bezieht sich nur auf die von der Schule zum fürsorglichen Umgang mit der Erkrankung erforderlichen personenbezogenen Daten unseres Kindes: \_\_\_\_\_

und beschränkt sich auf die (chronische) Erkrankung: \_\_\_\_\_

**\*Nicht Gewünschtes bitte streichen.**

\_\_\_\_\_

Datum und Ort

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschriften beider Sorgeberechtigten

## Teil 4: Medizinische Indikation des Hausarztes

### Bescheinigung zur Vorlage in der Schule – Verabreichung von Medikamenten

Hiermit halte ich es für medizinisch indiziert, dass die Schülerin/der Schüler..... geb. am .....

die nachfolgend aufgeführten Medikamente:

zu folgenden Zeiten regelmäßig einnehmen muss:

(Name des Medikamentes/der Medikamente, Tageszeiten, Dosierung, Art der Verabreichung)

in folgenden Fällen erhalten muss:

(Beschreibung der Anlasssituation, Name des Medikamentes, Dosierung, Art der Verabreichung)

Die Sorgeberechtigten haben mich diesbezüglich von meiner Schweigepflicht befreit, für Rückfragen stehe ich telefonisch unter \_\_\_\_\_ zur Verfügung.

.....

Ort, Datum Unterschrift und Stempel mit KV-Zulassungsnr. des Arztes/der Ärztin

---