

**Einwilligung der Personensorgeberechtigten in die Vergabe von Medikamenten**

(Unter „Medikamenten“ sind sämtliche apothekenpflichtigen Produkte zu verstehen)

.....  
.....  
.....

(Anschrift der Eltern / Sorgeberechtigten, inkl. Notfall-Telefonnummer)

Für den Fall, dass keine Bedenken ärztlicherseits bestehen und die Verabreichung der Medizin zwingend innerhalb der Betreuungszeit zu erfolgen hat, kann dieser Teil der Personensorge auf Mitarbeiter der Einrichtung übertragen werden. Während der Busbeförderung ist eine Vergabe von Medikamenten (auch Notfallmedikamenten) durch den Fahrdienst nicht möglich.

Hiermit übertrage ich/übertragen wir die Versorgung meines/unseres Kindes

..... während der Betreuungszeit mit den von dem Arzt verordneten Medikamenten/Sondennahrung zu den angegebenen Zeiten oder im beschriebenen Anlass (z.B. Anfallsgefährdung, Notfallmedikation) an:

- Die päd. Mitarbeiter der Tagesbildungsstätte Erlenschule Syke.
- Folgende namentlich genannte Personen

.....  
.....  
.....

(Name/n der ermächtigten Person/Personen)

Ich stelle/wir stellen die Einrichtung sowie die ermächtigte Person oder die ermächtigten Personen von der Haftung, die im Zusammenhang mit der übernommenen Versorgung entstehen kann, frei.

Wir verpflichten uns/ich verpflichte mich darüber hinaus, im engen Kontakt mit den oben genannten Mitarbeitern die jeweils erforderlichen aktuellen Informationen oder aktuellen ärztlichen Verschreibungen mitzuteilen und zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus informiere/n wir/ich die oben genannten Mitarbeiter unverzüglich über Änderungen, die diese Vereinbarung betreffen.

Die ermächtigte Person hat jederzeit das Recht zur fristlosen Kündigung dieser Vereinbarung, wenn nach ihrer Einschätzung die Kooperation des Kindes/Jugendlichen\*, der Sorgeberechtigten oder des Arztes nicht (mehr) ausreichend gegeben ist. Das Recht zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Die Vereinbarung ist von den Sorgeberechtigten jederzeit fristlos ohne Angabe von Gründen kündbar.

Zur besseren Lesbarkeit wird die männliche Sprachform verwendet. Sie gilt gleichermaßen für alle Geschlechter

Die Vereinbarung wird gegenstandslos, wenn das Kind/der Jugendliche die Einrichtung nicht mehr besucht oder von der ermächtigten Person nicht mehr regelmäßig betreut wird. Die Vereinbarung ist ebenfalls gegenstandslos, wenn die unterzeichnenden Sorgeberechtigten ihr Recht zur Personensorge verlieren. Kosten, die im Zusammenhang mit dem Eintritt von Komplikationen/ Nebenwirkungen/ auffälligen Reaktionen bei dem Kind/Jugendlichen entstehen, werden von den Sorgeberechtigten getragen bzw. erstattet.

Soweit derartige Komplikationen auftreten, sollen benachrichtigt werden:

- 1) .....  
(Vor-und Nachname, Telefonnummer)
  
- 2) .....  
(Vor-und Nachname, Telefonnummer)

Die Beauftragung ist unbefristet bzw., sofern nicht anders angegeben, bis zum Verlassen der Einrichtung / schriftlichen Kündigung gültig.

Befristete Gültigkeit von - bis .....  
(Datum angeben)

(Hinweis: Im Fall der Verlängerung ist diese Vereinbarung erneut von allen zu beteiligten Personen zu unterschreiben.)

Für Ausflüge, Betreuung an Orten außerhalb der Einrichtung, sowie für Sportangebote u.ä. werden gegebenenfalls Sonderregelungen vereinbart.

Mir/uns ist bekannt, dass die Medikamente im laufenden Schulalltag verabreicht werden und daher die Möglichkeit besteht, dass andere Schüler von der Medikamentengabe Kenntnis erlangen können.

.....  
(Ort, Datum) (Unterschrift Personenberechtigte)

.....  
(Ort, Datum) (Unterschrift Personenberechtigte)

Die betreffenden Personen wurden durch den Arzt und/oder die Personensorgeberechtigten in die Verabreichung eingewiesen, bzw. erhalten regelmäßige Schulungen zur Medikamentenvergabe.

Die Einweisung durch den behandelnden Arzt/Eltern hat am .....stattgefunden und wurde von ..... durchgeführt.

.....  
(Unterschrift der einweisenden Person)

Zur besseren Lesbarkeit wird die männliche Sprachform verwendet. Sie gilt gleichermaßen für alle Geschlechter

**Angaben zu den ärztlich verordneten Medikamenten**

Die nachfolgend aufgeführten Medikamente meines Patienten

.....geb. am.....

sollen während der Betreuungszeit in der Tagesbildungsstätte Erlenschule Syke von

den päd. Mitarbeitern der Tagesbildungsstätte Erlenschule Syke.

folgenden namentlich genannten Personen

.....  
.....  
.....

(Name/n der ermächtigten Person/Personen)

verabreicht werden.

Erkrankung / Notfall: .....

Name des/der Medikamente: .....

.....

Darreichungsform: .....

Dosierung: .....

Verabreichungszeitpunkt/e: .....

Behandlungszeitraum: .....

Besonderes/ Anmerkungen / Bei Lagerung oder Verabreichung zu beachten: Aufbewahrung  
des Medikaments in der Einrichtung (genaue Angabe der Örtlichkeit/ Behältnis)

.....  
.....

.....  
(Ort/ Datum)

.....  
(behandelnder Arzt / ausstellende Praxis, Unterschrift und Stempel)

Anlagen:

1. Kopie der ärztlichen Verordnung
2. Beipackzettel oder Kopie / Originalverpackung

Zur besseren Lesbarkeit wird die männliche Sprachform verwendet. Sie gilt gleichermaßen für alle Geschlechter

**Schweigepflichtsentbindung des Arztes gegenüber der Einrichtung/Mitarbeiter**

Den behandelnden Arzt entbinde ich gegenüber

.....  
(Name der Einrichtung und ermächtigte Person/en)

Insoweit von der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB, als es für die Verabreichung/Unterstützung bei der Verabreichung von Medikamenten/Sondennahrung notwendig ist.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift Personenberechtigte)

**Hinweis auf die Verabreichung von Drogerieartikeln**

Erläuterung: Für die Anwendung von allgemein üblichen Mitteln an Ihrem Kind (z.B. Salben, Cremes, Sonnenschutzmittel, Nahrungsergänzungsmittel usw.) die frei verkäuflich z.B. in der Drogerie zu erwerben sind, benötigen wir einen Auftrag der Personensorgeberechtigten.

Name, Vorname (Schüler\*in):.....

Geburtsdatum: .....

**Erklärung:**

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass die pädagogischen Mitarbeiter der Einrichtung meinem Kind im Bedarfsfall entsprechend dieser Dosierungsanweisung folgende Mittel verabreichen dürfen.

Name des Mittels: .....

Dauer der Anwendung: ..... Dosierungsanweisung: .....

Morgens/Uhrzeit: ..... Mittags/Uhrzeit: .....

Abends/Uhrzeit: ..... Nachts/Uhrzeit: .....

Hinweise/Besonderheiten (z. B. Hinweis Einnahme vor oder nach dem Essen)

.....

Das Mittel ist unbedingt in der Originalverpackung mit Beipackzettel ( bzw. Kopie) abzugeben!

Wir verpflichten uns, Änderungen der o.g. Angaben umgehend schriftlich mitzuteilen. Uns ist bekannt, dass der Träger der Betreuung nur für Schäden haftet, die von ihm und seinen Mitarbeitern fahrlässig hervorgerufen wurden. Weiterhin ist bekannt, dass der Träger insbesondere dann nicht haftet, wenn Schäden deshalb eintreten, weil ihm notwendige Informationen über pflegerische und medizinische Maßnahmen einzelner Kinder nicht bekannt gemacht wurden.

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift Personenberechtigte)

**Beendigung der Medikamentengabe**

Namen des Kindes: .....

(Vollständiger Name des Kindes)

Das/Die Medikament/e:

.....  
.....  
.....

muss/müssen nicht weiter verabreicht werden

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift Personenberechtigte)