



Hinterlegung und Verabreichung eines Notfallmedikaments in der Schule

Liebe Eltern und Sorgeberechtigte,

um Ihrem Kind in einem Notfall helfen zu können, sind wir als Schule auf Ihre Mithilfe angewiesen. Wir bitten Sie, dieses Formular auszufüllen und anschließend der Klassenleitung Ihres Kindes zukommen zu lassen, ggf. in einem Umschlag.

1. Allgemeine Informationen

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Klasse: _____

2. Erkrankung und Notfallmedikament

Diagnose / Erkrankung:

Name des Notfallmedikaments:

Wirkstoff (falls bekannt):

Verfallsdatum des Medikaments:

Lagerung des Medikaments (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- Mein/Unser Kind führt stets das Notfallmedikament mit (z.B. in der Schultasche).
- Das Notfallmedikament für mein/unser Kind ist im Sekretariat hinterlegt.



Hinterlegung und Verabreichung eines Notfallmedikaments in der Schule

3. Notfallplan

Auslöser/ Typische Anzeichen eines Anfalls/Notfalls:

Verabreichung des Notfallmedikaments (bitte jeweils Zutreffendes ankreuzen):

- Das Medikament kann selbständig eingenommen werden (Asthmaspray o. ä.).
- Das Medikament muss im Notfall von einer Lehrkraft verabreicht werden.

- Mit der Verabreichung eines Medikamentes soll bis zum Eintreffen eines Notarztes gewartet werden.
- Das Notfallmedikament soll von einer Lehrkraft verabreicht werden, ohne dass das Eintreffen eines Notarztes abgewartet wird.

Dosierung des Notfallmedikaments:

Anwendungshinweise zur Verabreichung des Notfallmedikaments:

Weitere Maßnahmen:



Hinterlegung und Verabreichung eines Notfallmedikaments in der Schule

Benachrichtigungsreihenfolge im Notfall:

1. _____ (z. B. Eltern, Tel. _____)
2. _____ (z. B. Notarzt 112)
3. _____

4. Aufbewahrung des Medikaments

Ort der Aufbewahrung in der Schule (wird von der Schule ausgefüllt):

Hinweise zur Lagerung (z. B. Kühlung notwendig):

Ja Nein

Wenn ja, bitte genaue Angaben: _____

5. Einverständniserklärungen

Option A:

- Ich erkläre mich/Wir erklären uns damit einverstanden, dass die oben genannten Informationen zur medizinischen Notfallversorgung meines/unseres Kindes an zuständiges schulisches Personal (Lehrkräfte, Schulsekretariat) weitergegeben werden dürfen.

Option B:

- Ich bin/Wir sind nicht damit einverstanden, dass die oben eingetragenen Informationen zu Allergien und Notfallmedikamenten dem schulischen Personal zugänglich gemacht werden. Mir ist bewusst, dass in diesem Fall die Lehrkräfte diese Informationen nicht automatisch erhalten.

Weitere Erklärungen:



Hinterlegung und Verabreichung eines Notfallmedikaments in der Schule

- Ich bestätige/Wir bestätigen, dass das Medikament regelmäßig überprüft und ggf. erneuert wird (insbesondere vor Ablauf des Verfallsdatums). Ebenso achten wir darauf, dass der Notfallplan stets aktuell gehalten wird.
- Ich erkläre mich/Wir erklären uns ausdrücklich damit einverstanden, dass schulisches Personal das Notfallmedikament im beschriebenen Fall verabreicht.
- Ich entbinde/Wir entbinden die Schule und das schulische Personal im Rahmen der Notfallversorgung von der Haftung, soweit kein grob fahrlässiges oder vorsätzliches Verhalten vorliegt.

6. Ärztliche Beteiligung

- Eine ärztliche Bescheinigung mit Medikationsplan ist beigelegt.
- Eine ärztliche Unterweisung schulischen Personals wurde durchgeführt.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Sorgeberechtigte(r): _____

Unterschrift Schule (Annahme durch): _____