

Vereinbarung zur Durchführung medizinischer Hilfsmaßnahmen

für

Name des Kindes

Name einer/eines Personensorgeberechtigten

Adresse

telefonische Erreichbarkeit unter

Aufgabenübertragung durch die Personensorgeberechtigten

Hiermit übertrage ich/übertragen wir die Versorgung meines/unseres oben genannten Kindes mit den erforderlichen medizinischen Hilfsmaßnahmen an die pädagogischen Mitarbeitenden des Heilpädagogischen Zentrums der Lebenshilfe, Kreisvereinigung Amberg-Sulzbach e.V.

Diese Aufgabenübertragung gilt für die Zeit, in der mein/unser oben genanntes Kind die Schulvorbereitende Einrichtung (SVE), Schule, und/oder Heilpädagogische Tagesstätte (TS) besucht. Die medizinischen Hilfsmaßnahmen sind entsprechend der ärztliche Verordnung und Handlungsanweisung durchzuführen.

Ich stelle/wir stellen die Einrichtung 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 der Einrichtung die jeweils erforderlichen aktuellen Informationen oder aktuellen ärztlichen Verschreibungen mitzuteilen und zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus informiere/n wir/ich die Einrichtung unverzüglich über Änderungen, die diese Vereinbarung betreffen.

Die Einrichtung hat jederzeit das Recht zur fristlosen Kündigung dieser Vereinbarung, wenn nach ihrer Einschätzung die Kooperation 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 widerrufbar.

Die Vereinbarung wird gegenstandslos, wenn das Kind/der Schüler/die Schülerin SVE, Schule, Tagesstätte nicht mehr besucht oder von der ermächtigten Person nicht mehr regelmäßig betreut oder unterstützt wird. Die Vereinbarung ist ebenfalls gegenstandslos, wenn die unterzeichnenden Sorgeberechtigten ihr Recht zur Personensorge verlieren.

Ort, Datum

Unterschrift Personenberechtigte

Zustimmung der Einrichtung

Wir übernehmen die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Pflichten.

Unterschrift der Leitung

Ärztliche Verordnung und Handlungsanweisung zur Durchführung medizinischer Hilfsmaßnahmen

für

Name des Kindes

Name einer/eines Personensorgeberechtigten

Adresse

telefonische Erreichbarkeit unter

Das unten angeführten Medikament / Sondennahrung muss wie folgt in SVE, Schule, Tagesstätte verabreicht werden und muss zu den genannten Tageszeiten oder im angegebenen Fall wie folgt eingenommen werden:

Name des Medikaments		
Verabreichungsform		
Morgens	Uhrzeit Dosierung	
Mittags	Uhrzeit Dosierung	
Abends	Uhrzeit Dosierung	
Bei der Lagerung des Medikaments ist zu beachten		
Besonderer Hinweis, Handlungsanweisung, Beschreibung der akuten Situation, in der das Medikament gegeben werden muss		

Das Medikament muss in der Originalverpackung in der SVE / Schule / Tagesstätte abgegeben werden.

Datum

Stempel der Praxis

Unterschrift des Arztes

Die Einweisung durch den behandelnden Arzt/Personensorgeberechtigten hat stattgefunden

am _____ und wurde durchgeführt
Datum

von _____
Unterschrift der einweisenden Person

Unterschrift der Leitung