

Schulgesundheitsfachkräfte an Stuttgarter Schulen

Name, Vorname des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Klasse _____

Kontaktdaten aller sorgeberechtigter Personen (mit Telefonnummer für Rückfragen/Notfälle):

Einwilligung und Erlaubnis zur Durchführung medizinischer Hilfemaßnahmen und Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge

Hiermit gebe ich mein / geben wir unser Einverständnis, dass die an der

_____ (Name der Schule) eingesetzte

Schulgesundheitsfachkraft an meinem Kind / unserem Kind folgende medizinische Maßnahmen durchführen darf:

- Entfernung einer Zecke mit Dokumentation der Einstichstelle
- Entfernung von kleinen Fremdkörpern und anschließender Wundversorgung
- Wundversorgung bei oberflächlichen Wunden mit geeignetem Wunddesinfektionsmittel (Octenisept) und Wundsalbe (Dexpanthenol Salbe)
- Fiebermessen (mit Ohr-Thermometer)
- Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge (wie Sehtest, Hörtest, Wiegen, Größe Messen, Blutdruck- und Pulsmessung)
- Nur auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung: die Verabreichung von Medikamenten
- **Medizinische und pflegerische Unterstützung meines / unseres Kindes, da eine chronische Erkrankung und / oder eine Behinderung vorliegt.**
Bitte füllen Sie hierfür zusätzlich das Formular auf Seite 2 / 3 aus.

Mein Kind hat eine Pflasterallergie

Ort, Datum

Unterschrift einer sorgeberechtigten Person

Der Besuch bei der Schulgesundheitsfachkraft ersetzt die übliche ärztliche und pflegerische Versorgung NICHT, sondern ergänzt diese im Schulalltag.

Die Seiten 2 und 3 sind **nur** auszufüllen, wenn eine medizinische und pflegerische Unterstützung aufgrund einer **chronischen Erkrankung** und/oder **Behinderung** Ihres Kindes durch die Schulgesundheitsfachkraft erwünscht ist.

Angaben zum Gesundheitszustand des zu behandelnden und pflegenden Kindes

Die folgenden Angaben sind **freiwillig**, könnten jedoch im Notfall hilfreich sein.

Medizinische Diagnose

Medikamentengabe

Medikament und
Dosierung:

(Bitte fügen Sie die
ärztliche Verordnung bzw. den
durch den Arzt ausgestellten
Behandlungsplan bei)

Medizinische / pflegerische Maßnahmen

(z.B. Blutzuckermessung,
Katheterisierung,
Sondenlegung,
Verbandswechsel etc.)

Notfallmaßnahmen

**Ansprechpartner
in Notfällen**
mit Telefonnummer

Besonderheiten/
sonstige Bemerkungen,
ggf. Nebenwirkungen

Die Beauftragung ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig. Über eine Änderung der ärztlichen Verordnung und ggf. der medizinischen Diagnose werde ich die Schule unverzüglich in Kenntnis setzen.

Ich / wir entbinde/n die Schulgesundheitsfachkraft von der Haftung durch eventuelle auftretende Folgen, allergische Reaktionen und Nebenwirkungen, die durch die Einnahme / Verabreichung der Medikamente auftreten.

Für die Dauer der Einnahme / Verabreichung hinterlege ich / hinterlegen wir die Originalverpackung der Medikamente sowie den Beipackzettel bei der Schulgesundheitsfachkraft.

Ort, Datum

Unterschrift einer sorgeberechtigten Person