

.....  
.....  
.....  
(Anschrift der Eltern oder der oder des allein Sorgeberechtigten)



(Stempel der Schule)

**Vereinbarung über die Verabreichung von Medikamenten / die Durchführung von medizinischen Hilfsmaßnahmen**

---

Hiermit vereinbare ich mit der im Folgenden bezeichneten und unterzeichnenden Lehrkraft (oder Person des sonstigen pädagogischen Personals) der o. a. Schule

unserer/meiner Tochter

.....

unserem/meinem Sohn

.....

im Rahmen meiner Verantwortung und nach Maßgabe meiner Festlegungen auf der Grundlage einer entsprechenden ärztlichen (in Kopie anliegenden) Verordnung während der schulisch vorgesehenen Anwesenheit in der Schule die nachfolgend bestimmte Verabreichung von Medikamenten und/oder die Durchführung medizinischer Hilfsmaßnahmen.

Für die Dauer dieser Vereinbarung verpflichtet sich die unterzeichnende Lehrkraft oder Person des sonstigen pädagogischen Personals, die in dieser Vereinbarung bezeichneten Aufgaben durchzuführen und somit den Teil der elterlichen Sorge während der schulischen Anwesenheit zu übernehmen, da unsere/meine Tochter/unser/mein Sohn derzeit nicht oder nicht hinreichend sicher die Medikation oder die medizinische Hilfsmaßnahme selbst vornehmen kann.

(Diese Vereinbarung ist auch dann zugrunde zu legen, wenn die Pflichtenübernahme sich allein auf eine beständige Kontrolle/Erinnerung zur selbständigen Einnahme von Medikamenten oder anderen von der Schülerin oder von dem Schüler durchzuführenden medizinischen Anwendungen bezieht.)

Ärztliche Diagnose/ärztliche Indikation

Bezeichnung des Medikaments/  
Art der medizinischen Hilfsmaßnahme

Verabreichungsform/Dosierung  
Anwendungszeiten

Das Medikament wird in der Schule ..... aufbewahrt.  
(genaue Angabe der Örtlichkeit/des Behältnisses)

Die Beauftragung soll bis zum ..... oder bis zu ihren  
(Datum angeben)  
schriftlichen Widerruf gültig sein.

Verlängerung bis zum .....  
(Datum angeben)

Im Fall der Verlängerung ist diese Vereinbarung erneut von allen zu beteiligenden Personen zu unterschreiben

Erklärung der Eltern:

Wir stellen/ich stelle sowohl die unterzeichnende Lehrkraft oder die Person des sonstigen pädagogischen Personals als auch das Land Brandenburg sowie den Schulträger im Hinblick auf die Lagerung von Medikamenten in der Schule von jeglicher Haftung für Folgen frei, die insbesondere durch die Verabreichung von Medikamenten, die Überwachung ihrer Einnahme oder durch andere medizinische Hilfsmaßnahmen entstehen können.

Wir verpflichten uns/ich verpflichte mich darüber hinaus, im engen Kontakt mit der unterzeichnenden Lehrkraft oder der unterzeichnenden Person des sonstigen pädagogischen Personals die jeweils erforderlichen aktuellen Informationen oder aktuellen ärztlichen Verschreibungen mitzuteilen und zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus informiere/n wir/ich die unterzeichnende Lehrkraft oder Person des sonstigen pädagogischen Personals unverzüglich über Änderungen, die diese Vereinbarung betreffen.

.....  
(Unterschrift der Eltern oder der allein sorgeberechtigten Person)

Zustimmung der Schulleiterin oder des Schulleiters:

Mit der Zustimmung zu dieser Vereinbarung gelten die von der unterzeichnenden Lehrkraft oder von der unterzeichnenden Person des sonstigen pädagogischen Personals für die Dauer dieser Vereinbarung übernommenen Aufgaben als zusätzliche dienstliche Verpflichtung (Pflichtenübernahme der elterlichen Sorge im Rahmen des Schulbetriebs).

.....  
(Unterschrift der Schulleiterin oder des Schulleiters)

Lehrkraft der Schule (oder Person des sonstigen pädagogischen Personals):

Ich übernehme freiwillig die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Pflichten.

Mir ist bekannt, dass bei vorsätzlich oder grob fahrlässig verursachten Schäden Regressansprüche der gesetzlichen Unfallversicherung oder des Landes Brandenburg entstehen können.

Für den Fall, dass ich die hiermit vereinbarten Maßnahmen nicht weiter durchführen kann oder will, werde ich diese Vereinbarung schriftlich so rechtzeitig kündigen, dass eine angemessene Frist gewahrt bleibt.

.....  
(Unterschrift der Lehrkraft oder der Person des sonstigen pädagogischen Personals)

Vertretung:

Folgende Lehrkraft oder Person des sonstigen pädagogischen Personals übernimmt freiwillig für den erforderlichen Fall der Vertretung vorübergehend die aus dieser Vereinbarung resultierenden Pflichten.

Name: .....

.....  
(Unterschrift der Vertretungskraft)

Anlagen:

1. Kopie der ärztlichen Verordnung
2. Kopie des Beipackzettels

\_\_\_\_\_