

*Anschrift der Eltern oder*

*Sorgeberechtigten:*

*Notfall-Telefonnummer:*

## **Aufgabenübertragung durch die Personensorgeberechtigten**

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

*Name es Kindes*

*Klasse*

während der Schulzeit mit den von der Ärztin/von dem Arzt verordneten Medikamenten/Sondennahrung zu den angegebenen Zeiten oder im beschriebenen Anlass an

*Name(n) der ermächtigten Person(en), diese wurde(n) durch die Ärztin/den Arzt in die Verabreichung eingewiesen*

Ich stelle/wir stellen die Schule 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 der unterzeichnenden Lehrkraft oder dem unterzeichnenden pädagogischen Mitarbeiter bzw. der päd. Mitarbeiterin 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 den pädagogischen Mitarbeiter bzw. die päd. Mitarbeiterin 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 der Schülerin oder des Schülers, 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. Die Vereinbarung wird gegenstandslos, wenn die Schülerin oder der Schüler die Schule nicht mehr besucht oder von der ermächtigten Person nicht mehr regelmäßig unterrichtet, betreut oder unterstützt 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 der Schülerin oder dem Schüler entstehen, werden von den Sorgeberechtigten getragen bzw. erstattet. Soweit derartige Komplikationen auftreten, sollen benachrichtigt werden:

1.

2.

Die Beauftragung soll bis zum

oder bis zu ihrer schriftlichen Kündigung gültig sein.

Verlängerung bis zum

*Hinweis:* Im Fall der Verlängerung ist diese Vereinbarung erneut von allen zu beteiligenden Personen zu unterschreiben.

Für Schulfahrten, Unterricht an außerschulischen Lernorten sowie Sportunterricht werden gegebenenfalls Sonderregelungen vereinbart.

*Ort, Datum*

*Unterschrift Personenberechtigte*

## **Lehrkraft der Schule (oder pädagogischer Mitarbeiter und Mitarbeiterin):**

Ich übernehme freiwillig die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Pflichten. Mir ist bekannt, dass bei vorsätzlich verursachten Schäden Regressansprüche gegen mich durch die gesetzliche Unfallversicherung oder das Land Niedersachsen entstehen können.

---

*Unterschrift der Lehrkraft oder pädagogischer Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterin*

### **Vertretung:**

Folgende Lehrkraft oder pädagogischer Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterin übernimmt freiwillig für den ggf. erforderlichen Fall der Vertretung vorübergehend die aus dieser Vereinbarung resultierenden Pflichten:

*Name der Vertretung*

---

*Unterschrift der Vertretungskraft*

### **Einweisung:**

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

---

*Unterschrift der einweisenden Person*

# Entbindung von der Schweigepflicht

Die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt entbinde ich gegenüber

*Name(n) der ermächtigte(n) Person/en am Theodor-Heuss-Gymnasium Wolfenbüttel*

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*

## Datenschutz – Einwilligung

Ich willige/wir willigen ein, dass das Theodor-Heuss-Gymnasium Wolfenbüttel personenbezogene Daten meines/unsere Kindes

*Name es Kindes*

*Klasse*

*Art der Erkrankung*

an die Lehrkräfte, die pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Mitschülerinnen und Mitschüler\* weitergibt, soweit dies für den fürsorglichen Umgang mit dem Kind in der Schule erforderlich ist.

Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir meine/unsere Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann/können.

*Ort, Datum*

---

*Unterschrift Personenberechtigte*

\* Die Worte „Mitschülerinnen und Mitschüler“ können von den Personensorgeberechtigten gestrichen werden.

---

*Unterschrift der Eltern oder der allein sorgeberechtigten Person*

**Anlagen:**

1. Kopie der ärztlichen Verordnung
2. Kopie des Beipackzettels