



**Gemeinschaftsschule Freisen**

Schulstraße 35-43, 66629 Freisen  
Tel.: 06851/801-6100, Fax: 06851/801-6110  
E-Mail: [gems-freisen@schule.saarland](mailto:gems-freisen@schule.saarland)



Datenblatt für medizinische Hilfsmaßnahmen/ Notfallversorgung

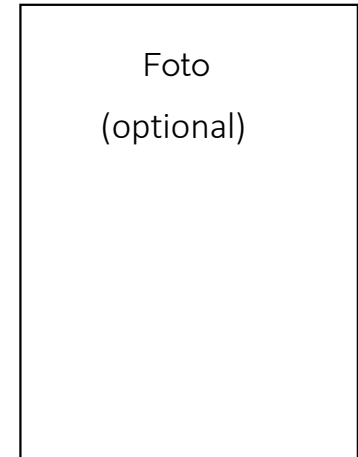
Schülername: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name Erziehungsberechtigte: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_ Schuljahr: \_\_\_\_\_

Bevollmächtigte/r Lehrer: \_\_\_\_\_



*(füllt ggf. die Schule aus; Bevollmächtigung siehe Seite 2)*

Telefonische Erreichbarkeit:

Erziehungsberechtigte: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Handy)

\_\_\_\_\_ (Arbeitsstelle)

Arzt (optional): \_\_\_\_\_

Diagnose/ärztliche Indikation für die/den zu betreuende/n Schüler/in:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vorgehen bei einem Anfall/ im Notfall:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Gemeinschaftsschule Freisen**

Schulstraße 35-43, 66629 Freisen  
Tel.: 06851/801-6100, Fax: 06851/801-6110  
E-Mail: [gems-freisen@schule.saarland](mailto:gems-freisen@schule.saarland)



Mein/Unser Kind führt folgende Medikamente für den Notfall/ für den täglichen Gebrauch mit sich und kann sie selbst einnehmen/ anwenden:

---

---

---

Diese Medikamente werden hier **von dem Kind** verwahrt (Lagerort, z.B. Mäppchen, vordere Tasche Rucksack etc.):

---

---

---

Diese Medikamente (Name des Medikaments) müssen **von der Schule**

- gekühlt (im Kühlschrank)
- dunkel und trocken für den Notfall aufbewahrt werden:

---

---

---

**Hinweis:** Alle Medikamente müssen immer in eindeutig beschrifteten Behältnissen (Name des Kindes, Name des Medikaments) mitgeführt werden, damit die Informationen ggf. an den Notarzt weitergegeben werden können. Bitte notieren Sie sich jeweils das Ablaufdatum des Medikaments, damit die Medikamente in der Schule rechtzeitig getauscht werden können.

---

Datum, Unterschrift aller Erziehungsberechtigten

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

Hiermit beauftrage/n ich/wir die im Folgenden genannten Lehrkräfte / Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der o. a. Schule ( \_\_\_\_\_ ), an meiner/unserer Tochter/ meinem/unserem Sohn \_\_\_\_\_ die nachfolgend genannte ärztlich verordnete medizinische Hilfsmaßnahme durchzuführen, wenn meine/unsere Tochter/ mein/unser Sohn die Maßnahme nicht selbst steuern oder vornehmen kann.

Diagnose/ärztliche Indikation für die/den zu betreuende/n Schüler/in siehe 1. Seite.

### Art der Maßnahme:

---

---

---

---

Die Beauftragung soll bis zum Ende der gesamten Schulzeit an der GemS Freisen oder bis zu meinem/unserem schriftlichen Widerruf gültig sein.

Ich/Wir stelle/n sowohl die beauftragten Lehrkräfte/anderen Mitarbeiter der Schule als auch das Saarland von jeglicher Haftung, die durch die Verabreichung von Medikamenten und die Durchführung anderer medizinischer Hilfsmaßnahmen entstehen kann, frei.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass eine Kopie dieser Vereinbarung an geeigneter Stelle im Umfeld meines/unseres Kindes (Ordner im Sekretariat und Lehrerzimmer) aufbewahrt wird.

---

Datum, Unterschrift aller Erziehungsberechtigten

Lehrkraft/Mitarbeiter/in der Schule:

Ich übernehme freiwillig die Durchführung der o. a. medizinischen Hilfsmaßnahme.

Mir ist bekannt, dass bei vorsätzlichem oder grob fahrlässigem Verhalten Regressansprüche des Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung entstehen können. Grob fahrlässig handelt derjenige, der eine schlechthin unentschuldbare Pflichtverletzung begeht, die das gewöhnliche Maß erheblich übersteigt.

Falls ich in Zukunft die Maßnahme nicht mehr durchführen kann oder will, werde ich die Erziehungsberechtigten und die Schulleitung davon unverzüglich schriftlich informieren.

Namen und Unterschriften der Lehrkräfte / Mitarbeiter:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Anlagen:

1. Kopie der ärztlichen Verordnung
2. Kopie des Beipackzettels