

Aufgabenübertragung durch die Personensorgeberechtigten an die Schule bei Diabetes des Kindes

Hiermit übertrage ich/übertragen wir die Versorgung meines/unseres Kindes mit den vom Arzt/von der Ärztin verordneten Medikamenten zu den angegebenen Zeiten oder im beschriebenen Anlassfall an _____*
(Name/Namen der ermächtigten Person/Personen)

Die Aufgabenübertragung umfasst die Blutentnahme zur Bestimmung des Blutzuckerwertes und die Insulingabe durch subkutane Injektionen.

Soweit keine Freistellung von der Haftung durch die Unfallkasse Sachsen-Anhalt vorliegt, stelle ich die Schule sowie die ermächtigte Person oder die ermächtigten Personen von der Haftung, die im Zusammenhang mit der übernommenen Versorgung entstehen kann, frei.

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift Personensorgeberechtigte

* Die betreffenden Personen wurden durch den Arzt/die Ärztin in die Verabreichung eingewiesen.

Verordnung der Ärztin oder des Arztes

Name des Kindes: geb. am:

Die unten angeführten Medikamente dürfen in der Schule verabreicht werden und müssen zu den genannten Tageszeiten oder im angegebenen Fall wie folgt eingenommen werden:

	Name des Medikamentes	Uhrzeit	Art der Verabreichung	Dosis	Dauer der Einnahme
1.					
2.					
3.					

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Schweigepflichtsentbindung

Den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin entbinde ich gegenüber _____
(Name der Schule oder der ermächtigten Person/en)

insoweit von der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB, als es für die Verabreichung/Unterstützung bei der Verabreichung von Medikamenten notwendig ist.

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift Personensorgeberechtigte