



**Johann Friedrich Krause-Schule, Leckenweg 1, 34270 Schauenburg-Breitenbach**  
Tel: 05601-1553 Fax: 05601-504154 Email: [poststelle@jfks.schauenburg.schulverwaltung.hessen.de](mailto:poststelle@jfks.schauenburg.schulverwaltung.hessen.de)  
Homepage: <http://www.jfks-breitenbach.jimdo.de>

## A. Allgemeine Angaben durch die Eltern

---

Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes, Anschrift

---

Ansprechperson(en) und deren Kontaktdaten bei Rückfragen seitens der Schule/ Lehrerinnen u. Lehrer

---

Ansprechperson(en) und deren Kontaktdaten bei Rückfragen seitens der Schule/Lehrerinnen u. Lehrer

***Hinweis: Die Eltern sind im Regelfall zugleich die Ansprechpersonen.***

Ich bestätige / Wir bestätigen, dass die zuvor genannte/n Ansprechperson/en unter den genannten Kontaktdaten während der Unterrichtszeit, sowie bei anderen schulischen Veranstaltungen (Tagesausflüge, Klassenfahrten) jederzeit erreichbar ist / sind.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift ( beider Erziehungsberechtigter)

---

## B. Aufgabenübertragung durch die Eltern

*Hinweis: Die Lehrerinnen und Lehrer, die sich freiwillig bereit erklären, im Vertretungsfall tätig zu werden, werden nachstehend gleichfalls eingetragen.*

Hiermit übertrage ich / übertragen wir die Versorgung meines / unseres Kindes mit den von der Ärztin / von dem Arzt verordneten Medikamenten während der Schulzeit an

---

(Name der / des ermächtigten Lehrerin / Lehrers)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

## Schweigepflichtentbindung durch die Eltern

Die behandelnde Ärztin /den behandelnden Arzt entbinde ich gegenüber

.....  
(Name der / des ermächtigten Lehrerin / Lehrers)

insoweit von der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB, als es für die Durchführung von medizinischen Unterstützungsleistungen im Rahmen der Medikamentengabe erforderlich ist.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift ( beider Erziehungsberechtigter)

### C. Verordnung der Ärztin oder des Arztes

Name des Kindes: ..... geb. am: .....

Medizinische Diagnose:.....

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	Form der Verabreichung	Dosierung	Dauer der Einnahme
1.					
2.					
3.					
4.					

**Besondere Hinweise** (insbesondere zum Medikament, zur Verabreichungsform, Medizinische Diagnose, nicht verpflichtend, aber im Notfall hilfreich) die für die Lehrerinnen u. Lehrer bei der Versorgung mit dem Medikament aus ärztlicher Sicht relevant sind:

.....  
...

.....  
...

.....  
Ort, Datum Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

**D. Bestätigung der freiwilligen Unterstützung durch die Lehrerin / den Lehrer**

Hiermit bestätige ich, dass ich die Unterstützung der unter A. genannten Schülerin / des unter A. genannten Schülers bei der Medikamenteneinnahme auf freiwilliger Basis übernehme.

Mir ist bekannt, dass bei vorsätzlichem oder grob fahrlässigem Verhalten Regressansprüche des Trägers der Gesetzlichen Unfallversicherung entstehen können.

---

(Name der Lehrerin / des Lehrers)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

**E. Kenntnisnahme und Bestätigung der Schulleiterin / des Schulleiters**

Gegen die vorbezeichnete freiwillige Unterstützung bestehen keine organisatorischen oder personellen Bedenken.

---

(Name der Schulleiterin / des Schulleiters)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift