

## Aufgabenübertragung durch die Personensorgeberechtigten an die Schule bei Diabetis oder anderer notwendiger invasiver Maßnahmen

Hiermit übertrage ich / übertragen wir \_\_\_\_\_  
(Name der Personensorgeberechtigte/n)

die Versorgung meines / unseres Kindes mit den vom Arzt verordneten Medikamenten zu den angegebenen Zeiten oder im beschriebenen Anlassfall während der Schulzeit an folgende Personen (pädagogische Mitarbeiter bzw. Krankenschwester) der Marianne-Buggenhagen-Schule:

Frau Heßmann, Frau Goedecke sowie weitere beauftragte eingewiesene Personen.

Die Aufgabenübertragung umfasst auch die Blutentnahme zur Bestimmung des Blutzuckerwertes und die Insulingabe durch subkutane Injektionen bzw. die Verabreichung anderer subkutaner Injektionen gemäß untenstehender Verordnung.

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Personensorgeberechtigte/n

### Verordnung der Ärztin bzw. 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:

Lfd Nr.	Name des Medikamentes	Uhrzeit / Anlass	Art der Verabreichung	Dosis	Dauer der Einnahme
1					
2					
3					
4					
5					

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

(Unterschrift und Stempel)

### Schweigepflichtentbindung und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Den behandelnden Arzt entbinde ich / entbinden wir gegenüber der Marianne-Buggenhagen-Schule Darlingerode insoweit von der Schweigepflicht gemäß §203 StGB, als es für die Verabreichung / Unterstützung bei der Verabreichung von Medikamenten notwendig ist. Mit der Speicherung der oben aufgeführten Daten sowie der Erstellung von entsprechenden Medikamentenlisten (welche nur berechtigten Personen im Schwesternzimmer zugänglich sind), bin ich / sind wir einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Personensorgeberechtigte/n