

Aufgabenübertragung Katheterisierung an die Schule

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

die Versorgung meines / unseres Kindes _____
(Name des Kindes)

bzw. die Unterstützung bei der medizinischen Versorgung des Katheterns während der Schulzeit.
Diese Maßnahme wird primär durch unser medizinisches Personal (Frau Heßmann) bzw. durch
entsprechend geschultes Schulpersonal durchgeführt.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigte/n

.....

Folgendes nur ausfüllen, falls Sie dem NICHT zustimmen wollen:

Mit der medizinischen Versorgung meines / unseren Kindes _____
(Name des Kindes)

hinsichtlich des Katheterns durch Mitarbeiter der Schule erkläre ich / erklären wir uns nicht
einverstanden. Ich werde / wir werden in diesem Fall in Absprache mit der Schule für die notwendige
Versorgung selber sorgen bzw. auf eigene Kosten entsprechend geschultes Personal dafür zur
Verfügung stellen.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigte/n