

HAFTUNGSAUSSCHLUSSEKTLÄRUNG

Für den Fall medizinischer Anwendungen gegenüber einer Schülerin oder eines Schülers während des Schulbesuchs

1. Name der Schülerin oder des Schülers sowie Name, Anschrift und Telefonnummer wenigstens eines Elternteils:

.....
Name der Schülerin/des Schülers Klasse

.....
Name der Eltern/eines Elternteils

.....
Anschrift Telefonnummer

2. Art der Erkrankung; voraussichtliche Dauer der erforderlichen Anwendungen:

.....

3. Genaue Bezeichnung der in der Schule zu verabreichenden und ärztlich zugelassenen Medikamente; Art und Häufigkeit der Verabreichung; ggf. zeitliche Angaben sowie die Modalitäten der Bereitstellung durch die Eltern:

.....

.....

4. Nach Möglichkeit die Bezeichnung einer anderen Lehrkraft oder Person des sonstigen pädagogischen Personals als Vertretung bzw. Festlegung, wie im Falle der unvorhergesehen nicht zu leistenden Versorgung zu verfahren ist:

.....

5. **Hiermit wird erklärt, dass die medizinischen Anwendungen in der Schule im generellen Verantwortungsbereich der Eltern der oben genannten Schülerin oder des Schülers erfolgen und insofern keine Haftung übernommen wird.**

6. Bestätigt wird hiermit, dass eine entsprechende aktuelle ärztliche Anordnung vorliegt.

7. Die mit der Übereinkunft einhergehende erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten über die Gesundheit der Schülerin oder des Schülers erfolgt nach Maßgabe der datenschutzrechtlichen Vorschriften.

Die unterzeichnenden Eltern willigen hiermit ein, dass es der Grundsatz der Verschwiegenheit zulässt, in besonderen Fällen zur Sicherung der Verabreichungen andere geeignete Personen über die erforderlichen Einzelheiten zu informieren.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift der Eltern

.....
Unterschrift der Lehrkraft/oder des sonst. Päd. Personals