

## **Maßnahmen zum Umgang mit chronischen Erkrankungen von Schülerinnen und Schülern, die zu einem Notfallgeschehen führen können.**

Um in Notfallsituationen gezielt und effizient helfen zu können, ist die Schule auf die Mitwirkung der betroffenen Schülerinnen und Schüler bzw. deren Erziehungsberechtigten angewiesen.

Sollte die Erkrankung der Schülerin bzw. des Schülers in Notfallsituationen spezifische medizinische Hilfsmaßnahmen bzw. die Anreicherung bzw. Verabreichung von Medikamenten notwendig machen und die oder der Betroffene nicht in der Lage sein, diese Maßnahmen selbst zu steuern, können die Bediensteten des GMB mit der Durchführung spezifischer Hilfsmaßnahmen beauftragt werden.

- Die Erziehungsberechtigten bzw. die volljährigen Schülerinnen und Schüler werden gebeten, beiliegende Formulare sorgfältig unter Mitwirkung einer Ärztin bzw. eines Arztes auszufüllen.
- Die Einwilligungserklärung (S. 3) sowie die Vereinbarung über die Durchführung medizinischer Hilfsmaßnahmen und Verabreichung von Medikamenten (S. 4 – 6) und etwaige ergänzende Dokumente bzw. Handlungsanweisungen sind bei der Klassenleitung bzw. der Tutorin oder dem Tutor abzugeben.
- Nachdem die Schulleitung dem Vorgehen zugestimmt hat, erhält die Schülerin bzw. der Schüler eine Kopie der Vereinbarung über die Durchführung medizinischer Hilfsmaßnahmen und Verabreichung von Medikamenten in einem roten Umschlag ausgehändigt.
- Diesen Umschlag hat die Schülerin bzw. der Schüler an einem festen Ort (z.B. im vordersten Fach der Schultasche) zusammen mit eventuell notwendigen Notfallmedikamenten mit sich zu führen.
- Die Klassenleitungen informieren die Lehrkräfte der Klasse über die chronische Erkrankung und das Vorliegen einer Vereinbarung über die Durchführung medizinischer Hilfsmaßnahmen und den Aufbewahrungsort des roten Umschlages bzw. der Medikamente.
- Schülerinnen und Schüler der Sekundarstufe II informieren die Kurslehrkräfte selbstständig.
- Zusätzlich sind mindestens zwei vertrauenswürdige Mitschülerinnen oder Mitschüler über den Aufbewahrungsort des roten Umschlages und etwaiger Medikamente zu informieren. In der Sekundarstufe I kann dies mit Unterstützung der Klassenleitung geschehen. In der Sekundarstufe II sollte darauf geachtet werden, dass in jedem Kurs eine Mitschülerin bzw. ein Mitschüler informiert ist.
- Die Erziehungsberechtigten bzw. die volljährigen Schülerinnen und Schüler informieren das GMB unverzüglich, sollten sich Änderungen der ärztlichen Verordnung und ggf. der medizinischen Diagnose ergeben.

Es wird darauf hingewiesen, dass die getroffene Vereinbarung für die Bediensteten des GMB keine Verpflichtung zur Durchführung der Maßnahmen darstellt.

Außerdem wird darauf hingewiesen, dass es Situationen geben kann, in denen die Informationsübermittlung nicht gewährleistet ist (z.B. in Pausen, wenn die Schultasche nicht mitgeführt wird und keine informierte Person zugegen ist).

Es wird darauf hingewiesen, dass die betreuenden Lehrkräfte bei Schulausflügen, Wander-, Klassen- bzw. Kursfahrten gesondert auf das Vorliegen einer chronischen Erkrankung hinzuweisen sind.

Das GMB wird ermächtigt, Daten im Zusammenhang mit der chronischen Erkrankung und der getroffenen Vereinbarung zu speichern. Die Dokumente werden für die Bediensteten zugänglich in der Schülerinnen- bzw. Schülerakte hinterlegt. Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden, im Widerrufsfall verliert die Vereinbarung ihre Gültigkeit.

Bei Fragen können sich Betroffene und deren Erziehungsberechtigte an den Ansprechpartner für chronische erkrankte Schülerinnen und Schüler wenden.

**Empfangsbestätigung/ Einwilligung in die Vorgehensweise zur  
Bereitstellung von Informationen über  
Notfallhandlungsmaßnahmen**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Klasse/Tut.-kurs: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Klassenleitung/ Tutor/in: \_\_\_\_\_

Name(n) und Anschrift und Telefonnummer(n) der/ des Erziehungsberechtigten  
oder Anschrift der volljährigen Schülerin/ des volljährigen Schülers:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich/ wir habe/n die Informationen bzgl. Maßnahmen zum Umgang mit chronischen Erkrankungen von Schülerinnen und Schülern, die zu einem Notfallgeschehen führen können, erhalten und stimme(n) den Maßnahmen zu.

Ich/ wir stimme(n) der Speicherung der Daten, die chronische Erkrankung und die Vereinbarung über die Durchführung von medizinischen Hilfsmaßnahmen und die Verabreichung von Medikamenten betreffend, zu. Ich bin/ wir sind darüber informiert, dass alle Dokumente die Erkrankung und die Vereinbarung betreffend in der Schülerinnen- bzw. Schülerakte hinterlegt werden.

Mir/ uns ist bewusst, dass diese Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann: In diesem Fall verliert die Vereinbarung über die Durchführung medizinischer Hilfsmaßnahmen und die Verabreichung von Medikamenten ihre Gültigkeit.

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum                      Unterschrift(en) des/ der Erziehungsberechtigten oder des volljährigen  
Schülers/ der volljährigen Schülerin

## Vereinbarung über die Durchführung von medizinischen Hilfsmaßnahmen und die Verabreichung von Medikamenten

Name, Vorname Schüler/in: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name(n) und Anschrift und Telefonnummer(n) des/ der Erziehungsberechtigten  
oder Anschrift des volljährigen Schülers/ der volljährigen Schülerin:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hiermit beauftrage ich/beauftragen wir die Bediensteten der o. a. Schule, an meiner/ unserer Tochter oder meinem/ unserem Sohn, (bei volljährigen Schülerinnen/ Schülern) an mir im Notfall die nachfolgend bezeichnete ärztlich verordnete, medizinische Hilfsmaßnahme durchzuführen, weil sie oder er oder (bei volljährigen Schülerinnen/ Schülern) ich einsichtsbedingt oder wegen ihrer/ seiner/ meiner körperlichen Verfassung die Maßnahme nicht selbst steuern oder vornehmen kann.

Medizinische Diagnose (Angabe ist nicht verpflichtend, im Notfall jedoch ggf. hilfreich):

Beschreibung der Notfallsituation/ Beschreibung der Notfallmaßnahmen/ Besonderheiten:

**Verabreichung des Notfallmedikaments:**

Wie heißt das Notfallmedikament?

Wo befindet sich das Medikament (z.B. in der vorderen Tasche des Rucksacks)?

In welcher Situation ist das Notfallmedikament zu verabreichen? (genaue Beschreibung der Notfallsituation)

In welcher Dosis ist das Notfallmedikament zu verabreichen? (z.B. 2 Sprühstöße, 1 Tablette)

Wie ist das Notfallmedikament zu verabreichen?

Weitere/ ergänzende Dokumente/ Handlungsanweisungen

[ ] liegen bei.

[ ] liegen nicht bei.

Diese Erlaubnis ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig. Über Änderungen der ärztlichen Verordnung und ggf. der medizinischen Diagnose werde ich/ werden wir die Schule unverzüglich informieren.

Mir/ uns ist bekannt, dass diese Vereinbarung weder für diese Schule noch für deren Bedienstete eine Verpflichtung zur Durchführung dieser Maßnahme darstellt.

Für den Zeitraum der Beauftragung ist die Schule dazu berechtigt, Daten, die im Zusammenhang mit dieser Vereinbarung stehen, zu speichern. Eine Kopie dieses Dokumentes wird in der Schülerakte abgelegt.

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) des/ der Erziehungsberechtigten/  
des volljährigen Schülers/ der volljährigen Schülerin

\_\_\_\_\_  
Stempel, Datum, Unterschrift des behandelnden Arztes

**Vereinbarung über die Durchführung von medizinischen  
Hilfsmaßnahmen und die Verabreichung von Medikamenten/  
Beauftragung durch Schulleitung**

Schülerin/ Schüler: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hiermit gestatte ich den Bediensteten im Notfall die oben beschriebene medizinische  
Hilfsmaßnahme an der Schülerin/ dem Schüler durchzuführen.

Diese Vereinbarung stellt weder für diese Schule noch für den Bediensteten eine Verpflichtung zur  
Durchführung dieser Maßnahme dar.

Wiesbaden, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Schulleitung