Berufsbildende Schulen Fredenberg
Europaschule in Niedersachsen
Regionales Kompetenzzentrum

Erklärung der Erziehungsberechtigten über chronische Erkrankungen Ihrer Tochter / Ihres Sohnes

Hinweis: Diese Angaben sind **freiwillig** und dienen dazu, Ihrer Tochter / Ihrem Sohn zu helfen. Ein weitergehender rechtlicher Anspruch ergibt sich daraus nicht.

Meine Tochter / Mein Sohn …….…….…… geb.: …….

Klasse: …….. ist an folgender chronischer Krankheit erkrankt:

○ Diabetes Typ	○ Epilepsie	○ Neurodermitis
○ Herzerkrankung	○ Asthma	○ Colitis ulcerosa/Morbus Crohn
○ Mukoviszidose	○ ADHS	○ Sonstige: ……

○ Meine Tochter / Mein Sohn ist allergisch gegen:

…….

…….

Medikamente:

○ Sie / Er muss folgende Medikamente einnehmen:

……..

……..

○ Sie / Er nimmt die Medikamente selbständig ein

○ Sie / Er muss bei der Einnahme unterstützt werden.

○ Notfallmedikamente ○ sind in der Schule gelagert. (**Hinweis:** Die Verantwortlichkeit über die Haltbarkeit und Vollständigkeit der Medikamente verbleibt bei den Eltern.)

○ trägt sie / er immer bei sich.

○ Notfallmaßnahmen:

……

……

Erreichbarkeit: (Notfallnummern)

○ Mutter: …… ○ Vater: …… ○ Andere: ……

Ich stimme der Weitergabe von Informationen zu (Zutreffendes bitte ankreuzen):

○ Die Weitergabe soll nur an den Klassenlehrer / die Klassenlehrerin erfolgen.

○ Die Weitergabe soll nur an die Kolleginnen und Kollegen erfolgen, die planmäßig in der Klasse unterrichten.

○ Die Weitergabe darf an alle Kolleginnen und Kollegen erfolgen.

Hiermit erkläre ich/erklären wir, dass die Angaben richtig sind. Ich nehme /Wir nehmen zur Kenntnis, dass die Lehrerinnen und Lehrer über die Leistung von Erster Hilfe hinaus zu keinen weiteren Maßnahmen (u.a. Gabe von Medikamenten) verpflichtet sind.

…… ……

(Ort, Datum) (Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)