ANLAGE1_Sanizimmer_Einwilligungserklärung

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigten,

damit Ihr Kind im Schulalltag bei plötzlichen Verletzungen, Schmerzen oder medizinischen Notfällen optimal und auf fachlichem Niveau versorgt werden kann, übernehme ich als ausgebildete Notfallsanitäterin das Sanitätszimmer. Um individuell und sicher handeln zu können, benötige ich vorab Ihre Angaben und Ihr schriftliches Einverständnis.

1. Angaben zum Kind

- Name des Kindes: _____ Klasse: _____
- Geburtsdatum: _____

2. Bekannte Allergien & Vorerkrankungen

- Liegen bei Ihrem Kind bekannte Allergien vor? (z. B. Insektengift, Lebensmittel, Medikamente, Heuschnupfen)

  [ ] Nein

  [ ] Ja: _____

- Liegen chronische Vorerkrankungen vor? (z. B. Asthma, Epilepsie, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen)

  [ ] Nein

  [ ] Ja: _____

3. Notfallmedikamente / Dauermedikation

- Bringt oder benötigt Ihr Kind **Notfallmedikamente** in der Schule? (z. B. Asthma-Inhalator, EpiPen/Adrenalin-Autoinjektor, Insulin o.ä.)

  [ ] Nein

  [ ] Ja. Welches Medikament? _____

  (Wichtig: Bitte fügen Sie hierfür unbedingt einen ärztlichen Medikationsplan/Handlungsanweisung bei!)

- Nimmt Ihr Kind regelmäßig während der Schulzeit Medikamente ein?

  [ ] Nein

  [ ] Ja. Welche, zu welcher Uhrzeit und Dosierung? _____

ANLAGE1_Sanizimmer_Einwilligungserklärung

4. Einverständniserklärung für das Sanizimmer (Bitte ankreuzen)

- **Erste Hilfe & Akutversorgung:**

  [ ] Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind bei akuten Verletzungen, Schmerzen oder Unwohlsein im Sanizimmer durch die Schulgesundheitskraft erstversorgt wird (z. B. Wundversorgung, Kühlung, Schienungs- und Lagerungsmaßnahmen).

- **Gabe von frei verkäuflichen Standard-Medikamenten (optional):**

  Hinweis: Wird im Regelfall nur nach Rücksprache oder bei akuten Schmerzen (z. B. Kopf-/Regelschmerzen) nach Alter/Dosierung verabreicht und muss selbst mitgebracht werden!

  [ ] Ja, im Bedarfsfall darf meinem Kind ein altersgerechtes Schmerzmittel gegeben werden.

  [ ] Nein, bitte *keine* Medikamente ohne vorherigen telefonischen Elternkontakt verabreichen.

- **Notfallversorgung & Rettungsdienst:**

  [ ] Im Falle eines medizinischen Notfalls erlaube ich der Schulgesundheitskraft, eigenständig die notwendigen notfallmedizinischen Sofortmaßnahmen (gemäß ihrer Ausbildung als Notfallsanitäterin) einzuleiten und bei Bedarf den Rettungsdienst (112) zu alarmieren.

Kontaktdaten für den Notfall:

- Mutter/Erziehungsberechtigte(r): Tel. _____
- Vater/Erziehungsberechtigte(r): Tel. _____
- Weitere Notfallperson (falls Eltern nicht erreichbar): Tel. _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift der Personensorgeberechtigten Personen:

_____