

## Einverständniserklärung für den Notfall

(Rechtsgrundlage § 66b Abs. 2 Schulunterrichtsgesetz)

Name des Kindes:..... geb.am.....

Schule:..... Klasse:.....

Ich bin damit einverstanden, dass im Notfall unten angeführte Lehrkräfte meinem Kind die unten angeführten Medikamente laut ärztlichem Notfallplan verabreichen sowie weitere Maßnahmen laut Notfallplan setzen (zB Lagerung)

1).....Unterschrift:.....

2).....Unterschrift:.....

3) bei Mehrfachnennungen siehe angehängte Liste

Ich habe die Lehrkräfte über die Erforderlichkeit der Verabreichung von den unten angeführten Notfallmedikamenten aufgrund folgender Erkrankung bzw. Allergie

.....  
aufgeklärt und die Notfallsituation, in der meinem Kind die unten angeführten Medikamente zu verabreichen sind, genau besprochen. Die Medikamente werden von mir in ordnungsgemäßem Zustand in der Originalverpackung der ermächtigten Lehrkraft samt Beipacktext zur Verfügung gestellt und rechtzeitig erneuert.

Ich halte mit den Lehrkräften regelmäßigen Kontakt und stelle ihnen einen immer aktuellen genauen Notfallplan und zumindest zwei aktuelle Telefonnummern zur Verfügung.

Telefon 1: ..... Telefon 2: .....

Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Haftung der Lehrkraft bzw. Schule ausgeschlossen ist.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des/der einsichts- und urteilsfähigen Schülers/in

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Die unten angeführten Notfallmedikamente müssen wie folgt verabreicht werden:

Name des Medikamentes	Art der Verabreichung	Dosis

.....  
Ort, Datum

.....  
Name und Unterschrift der Ärztin/des Arztes



## 2 FORMULAR „ÜBERTRAGUNGSERKLÄRUNG“

Der Arzt überprüft das Vorliegen der Voraussetzungen des Patienten und der betreuenden Person zur Übertragung der ärztlichen Tätigkeit. Wenn alle Voraussetzungen zutreffen, kann durch Unterschrift eine formelle Übertragungserklärung erstellt werden..

### 2.1 VORAUSSETZUNGEN PATIENT

FRAGE	JA	NEIN
1. Der Patient befindet sich <b>nicht</b> in einer Einrichtung zur medizinischen oder psychologischen Behandlung, Pflege oder Betreuung?		

### 2.2 VORAUSSETZUNGEN BETREUENDE PERSON - LAIE

FRAGE (Eine der drei folgenden Fragen muss zutreffen)	JA	NEIN
1. Die betreuende Person ist eine Angehörige des Patienten? <b>ODER:</b>		
2. Der Patient befindet sich in der Obhut der betreuenden Person? <b>ODER:</b>		
3. Die betreuende Person steht zum Patient in einem örtlichen und/oder persönlichen Naheverhältnis?		
FRAGE	JA	NEIN
Die betreuende Person führt die übertragene Tätigkeit <b>nicht</b> gewerbsmäßig <sup>5</sup> aus?		

### 2.3 PFLICHTEN DES ARZTES

FRAGE	JA	NEIN
1. Der Arzt hat die betreuende Person über die Vorgehensweise bei der Durchführung der einzelnen ärztlichen Tätigkeit informiert?		
2. Der Arzt hat sich von den Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnissen der betreuenden Person für die übertragene(n) ärztliche(n) Tätigkeit überzeugt?		

Die **betreuende Person** wurde vom Arzt über die **Möglichkeit der Ablehnung** und des jederzeitigen **Rücktritts der Übernahme** der ärztlichen Tätigkeit informiert und nimmt die Übertragung sowie die Verantwortung für die ordnungsgemäße und pflichtbewusste Durchführung an.

.....  
Unterschrift / Stempel Arzt

.....  
Unterschrift betreuende Person

<sup>5</sup> Im Sinne von selbständig und auf wirtschaftlichen Ertrag und Erfolg ausgerichtet.

Empfehlung „delegierbare ärztliche Tätigkeiten“



## Vereinbarung ärztliche Tätigkeit

(Rechtsgrundlage: § 66b Schulunterrichtsgesetz und § 50a Ärztegesetz 1998)

Name des Kindes:..... geb.am.....

Schule:..... Klasse:.....

Hiermit ermächtige ich folgende Lehrkräfte (bitte einzeln nennen und unterschreiben bzw. bei Mehrfachnennungen Namensliste mit Unterschriften anhängen)

1).....Unterschrift:.....

2).....Unterschrift:.....

3) bei Mehrfachnennung siehe angehängte Liste

an meinem Kind die unten angeführten Tätigkeiten bis auf Widerruf nach vorgeschriebener ärztlicher Übertragung durchzuführen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des/der einsichts- und urteilsfähigen Schülers/in

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

### Vom Arzt / von der Ärztin auszufüllen:

Folgende Tätigkeiten sind zu den angeführten Zeiten /im Anlassfall (nicht Zutreffendes streichen) durchzuführen:

Art der Tätigkeit (z.B. Blutzuckermessung, Verabreichung von Sondennahrung etc.)	Uhrzeit

Ich habe die Übertragung der oben angeführten ärztlichen Tätigkeit gem. § 50a Ärztegesetz 1998 durchgeführt (siehe Übertragungserklärung).

.....  
Ort, Datum

.....  
Name und Unterschrift der Ärztin/des Arztes



## Vereinbarung auf Allgemeinwissen beruhende Tätigkeit

(Rechtsgrundlage § 66b Abs. 2 Z 1 SchUG)

Name des Kindes : ..... geb.am.....

Schule: ..... Klasse: .....

Hiermit ersuche ich folgende Lehrkräfte (bitte einzeln nennen und unterschreiben bzw. bei Mehrfachnennungen Namensliste mit Unterschriften anhängen)

1).....Unterschrift:.....

2).....Unterschrift:.....

3).....Unterschrift:.....

die unten angeführten auf Allgemeinwissen beruhende Tätigkeit/en bei meinem Kind - sofern kein begrenzter Zeitrahmen von mir angegeben wird - bis auf Widerruf in der Schule und bei Schulveranstaltungen zu übernehmen. Ich gebe hiermit auch für jederzeitige Rückfragen meine aktuelle Telefonnummer den angeführten Lehrkräften bekannt.

Telefon: .....

Bezeichnung der Tätigkeit	von	bis

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten



## Vereinbarung Medikamentenverabreichung

(Rechtsgrundlage: § 66b Schulunterrichtsgesetz und § 50a Ärztegesetz 1998)

Name des Kindes:..... geb.am.....

Schule:..... Klasse:.....

### Ermächtigung durch die Erziehungsberechtigten:

Hiermit ermächtige ich die Lehrkräfte

1).....

2) Ersatzperson.....

meinem Kind die unten angeführten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen/die Medikamenteneinnahme zu überwachen (nicht Zutreffendes streichen). Das Medikament wird von mir in ordnungsgemäßem Zustand in der Originalverpackung der ermächtigten Lehrkraft samt Beipacktext zur Verfügung gestellt und rechtzeitig erneuert. Für Rückfragen erhält die Lehrkraft immer meine aktuelle Telefonnummer.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Die unten angeführten Medikamente müssen wie folgt eingenommen bzw. verabreicht werden:

Name des Medikamentes	Uhrzeit	Art der Verabreichung	Dosis	Dauer der Einnahme

Ich habe die Übertragung der oben angeführten ärztlichen Tätigkeit gem. § 50a Ärztegesetz 1998 durchgeführt (siehe Übertragungserklärung).

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

