**Vereinbarung ärztliche Tätigkeit**

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

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

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

Hiermit ermächtige ich folgende Lehrkräfte/Assistenzkräfte (bitte einzeln nennen und unterschreiben bzw. bei Mehrfachnennungen Namensliste mit Unterschrift 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 Schüler/s/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 gemäß § 50a Ärztegesetz 1998 durchgeführt (siehe Übertragungserklärung)

…………………………………………..……… ……………………………………………………………………………………….…

Ort, Datum Name und Unterschrift der Ärztin/des Arztes