

# Einverständniserklärung Notfallmedikation

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

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

Ermächtigung durch die Erziehungsberechtigten für die Landessonderschule mit Internat Mariatal:

Ich bin damit einverstanden, dass im Notfall Lehrpersonen, SozialpädagogInnen, Therapeuten, Pflegekräften sowie Assistenzpersonal meinem Kind die unten angeführten Medikamente laut ärztlichem Notfallplan verabreichen sowie weitere Maßnahmen laut Notfallplan setzen. Ich habe das Personal über die Erforderlichkeit der Verabreichung von den unten angeführten Notfallmedikamenten aufgrund Erkrankungen bzw. Allergie meines Kindes 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 dem ermächtigten Personal samt Beipacktext zur Verfügung gestellt und rechtzeitig erneuert. Ich halte regelmäßigen Kontakt mit der Einrichtung und stelle ihnen einen immer aktuellen genauen Notfallplan und für Rückfragen erhält das Sekretariat immer meine aktuelle Telefonnummer. Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Haftung gegenüber dem Personal bzw. Einrichtung ausgeschlossen ist.

Ort, Datum: .....

Unterschrift der Erziehungsberechtigten: .....

Name und Hersteller des Medikamentes	Dosis pro Gabe (mg, ml, Sprühstoß...)	Art der Verabreichung (oral, buccal, nasal, rektal, lokal...)	Max. Dosis pro Stunden <b>(Bsp.: max. 10mg pro 24h)</b>	Was ist der Bedarf? (Definition Notfall) <b>(Krampfanfall über ? Minuten)</b>

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: .....