

Rückgabe an: Klassenlehrer



Einwilligung und Einverständniserklärung

zur gesundheitlichen Betreuung durch eine Schulgesundheitsfachkraft

(Eltern mit mehreren Kindern an dieser Schule, füllen bitte separate Einwilligungen aus.)

Schule: _____ **Klasse:** _____ **Geburtsdatum:** _____

Name des Kindes: _____

Namen der Sorgeberechtigten: _____

Telefonnummer: _____

Anschrift: _____

Bitte entscheiden Sie, in welchem Umfang Sie die Arbeit der Schulgesundheitsfachkraft (SGFK) für Ihr Kind ermöglichen möchten. Ihre Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Teilnahme am Projekt "Schulgesundheitsfachkraft"

Mit Ihrer Einwilligung ist es der Schulgesundheitsfachkraft möglich, ihr Kind gesundheitlich zu betreuen. Dies beinhaltet u. a.:

- Gesundheitliche Betreuung und präventive Beratung der Schüler während des Schulalltages
- Dokumentation der gesundheitlichen Versorgung in einer Akte und ggf. im Verbandbuch
- Erhebung und Auswertung von Gesundheitsdaten für die kommunale Gesundheitsberichtserstattung (siehe Anhang Datenschutzinformation gemäß § 13 DSGVO)

Darüber hinaus können in bestimmten Fällen Informationen an die Lehrkraft und/oder das Schulsekretariat weitergegeben werden, um im Schulalltag bestmöglich für das Wohl Ihres Kindes sorgen zu können – wie beispielsweise in folgenden Situationen:

- Wenn Ihr Kind während des Schultages gesundheitliche Beschwerden hat und abgeholt werden muss, darf die SGFK das Schulsekretariat informieren und dabei in angemessenem Umfang den Gesundheitszustand Ihres Kindes benennen (z. B. „Fieber“, „Bauchschmerzen“, „Erbrechen“). Dies hilft uns, die Abholung gut zu organisieren und Sie schnell zu erreichen.
- Wenn Ihr Kind nach einer kurzen gesundheitlichen Betreuung durch die SGFK wieder in den Unterricht zurückkehrt, darf die SGFK die zuständige Lehrkraft in allgemeiner Form darüber informieren, dass Ihr Kind wieder teilnehmen kann und ggf. worauf geachtet werden sollte (z. B. „soll sich schonen“, „bitte ausreichend trinken lassen“). Es werden dabei keine medizinischen Diagnosen oder sensiblen Details weitergegeben.

Die Aufsichtspflicht der Schule wird während der Zeiten, in denen die SGFK ihre Leistungen für einen Schüler erbringt, insbesondere in der Sprechstunde, von der SGFK ausgeübt.

- ☐ **Ja,** ich bin einverstanden, dass die SGFK mein Kind gesundheitlich betreuen darf und die SGFK in den oben beschriebenen Fällen relevante Informationen in angemessenem Umfang an das Schulsekretariat bzw. an die zuständige Lehrkraft weitergeben darf.
- ☐ **Nein,** ich bin damit nicht einverstanden und ich möchte keine gesundheitliche Betreuung meines Kindes durch die SGFK.

Bitte beachten Sie: Im Rahmen der Ersten Hilfe z.B. bei Unfällen ist die SGFK auch ohne Ihre Zustimmung tätig.

Weitere Einwilligungsmöglichkeiten

Wenn Sie in die o. g. Betreuung eingewilligt haben (mit „Ja“ angekreuzt) und eine Betreuung durch unsere SGFK wünschen, benötigen wir noch die nachfolgenden Angaben.

1. Läusekontrolle

- ☐ **Ja,** ich bin einverstanden.
- ☐ **Nein,** ich bin **nicht** einverstanden.

2. Entfernung von Zecken:

- ☐ **Ja,** ich bin einverstanden.
- ☐ **Nein,** ich bin **nicht** einverstanden

3. Allgemeine Wundversorgung bei einfachen Verletzungen, wie Entfernung von Splittern, Versorgung von Schürfwunden (außerhalb der Ersten-Hilfe):

- ☐ **Ja,** ich bin einverstanden.
- ☐ **Nein,** ich bin **nicht** einverstanden.

4. Verabreichung von Medikamenten und/ oder Durchführung von medizinischen Hilfsmaßnahmen

Sollte Ihr Kind Medikamente benötigen, die durch die SGFK verabreicht werden sollen, oder an einer Allergie, chronischen Erkrankung oder einer anderen gesundheitlichen Besonderheit leiden, bei der die SGFK unterstützend tätig werden soll, ist Folgendes erforderlich:

- Eine ärztliche Anordnung
- Eine gesonderte schriftliche Vereinbarung über die Verabreichung von Medikamenten bzw. die Durchführung medizinischer Hilfsmaßnahmen

Diese Vereinbarung erhalten Sie über die Schule oder direkt von der SGFK. Nur mit der ärztlichen Anordnung und der unterschriebenen Vereinbarung kann die SGFK Medikamente verabreichen. Im Rahmen dieser Unterstützung erfolgt durch die SGFK:

- Eine Dokumentation und der Austausch gesundheitsbezogener Informationen mit Ihnen als Sorgeberechtigte,
- die Durchführung und Dokumentation notwendiger Unterstützungsmaßnahmen (z. B. Medikamentengabe, Notfallmedikation, pflegerische Tätigkeiten),
- die Ausführung ärztlich verordneter Maßnahmen (z. B. Inhalationen, Blutzuckermessungen).

☐ **Ja,** ich bin einverstanden, dass die SGFK in den oben beschriebenen Fällen tätig wird.

☐ **Nein,** ich bin **nicht** einverstanden, dass die SGFK in diesen Fällen tätig wird.

5. Elterliche Rückmeldung und Unterstützungsempfehlungen nach einer gesundheitlichen Betreuung

Einige Eltern wünschen nach einer gesundheitlichen Betreuung über die durchgeführten Maßnahmen sowie über gesundheitliche Empfehlungen informiert zu werden. Bitte klären Sie gemeinsam mit der SGFK, in welchem Umfang und auf welchem Weg Sie informiert werden möchten (bspw. nach jeder gesundheitlichen Betreuung, nur in besonderen Fällen oder bei wiederholten Beschwerden). Bei erkennbarem gesundheitlichem Unterstützungsbedarf kann die SGFK auf geeignete Beratungs- und Unterstützungsangebote hinweisen. Sie kann den Kontakt zu spezialisierten Fachkräften oder unterstützenden Einrichtungen anregen und stellt auf Wunsch Informationsmaterial zu gesundheitsfördernden Angeboten zur Verfügung.

☐ **Ja,** ich bin einverstanden, dass mich die SGFK bei Bedarf informiert und ggf. nach Rücksprache mit den Erziehungsberechtigten den Kontakt zu spezialisiertem Fachpersonal oder entsprechenden Einrichtungen vorschlägt. Den gewünschten Umfang der Kontaktaufnahme kläre ich mit der SGFK ab.

☐ **Nein,** ich möchte keine Rückmeldung von der SGFK zu den gesundheitlichen Belangen meines Kindes nach einer Betreuung.

Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten

Widerruf:

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen. In diesem Fall werden bereits erhobene Daten gemäß unserem Datenschutzkonzept gelöscht.

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diese wichtigen Punkte zu beantworten.