**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 Listean 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,Verabreichungvon 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