

Dieselstraße 4a, 84478 Waldkraiburg  
Tel. 0 86 38 – 959 3800, Fax 0 86 38 – 959 3805  
eMail: [info-gsd@schulen-waldkraiburg.de](mailto:info-gsd@schulen-waldkraiburg.de) Internet: [www.gs-diesel-waldkraiburg.de](http://www.gs-diesel-waldkraiburg.de)

Liebe Eltern,

viele Kinder leiden an chronischen Erkrankungen, die unter bestimmten Umständen auch im Schulalltag auftreten und Probleme bereiten können. Damit die Lehrkräfte in einer solchen Situationen schnell und effektiv helfen können, sollten sie über diese Krankheiten und eventuelle Behandlungsmöglichkeiten informiert sein. Selbstverständlich liegt es aber in Ihrem Ermessen, ob Sie der Schule Auskünfte über chronische Erkrankungen Ihres Kindes erteilen. Sie sind **NICHT** zur Auskunft verpflichtet. Alle Informationen, die Sie diesbezüglich an die Schule weitergeben, unterliegen der **Schweigepflicht** der Lehrkraft und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Mein Sohn / meine Tochter: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

### Leidet an folgenden Erkrankungen:

- Heuschnupfen
- Überempfindlichkeit gegen Bienen- bzw. Wespenstiche
- Sonstige Allergien: \_\_\_\_\_
- Asthma
- Diabetes
- Sonstige chronische Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Grundsätzlich dürfen in der Schule zwar keine Medikamente verabreicht werden, aber sollte es aufgrund eines akuten Auftretens der oben genannten Erkrankung zu einem Notfall kommen, bin ich damit einverstanden, dass folgende Medikamente durch die Lehrkraft verabreicht werden:

\_\_\_\_\_

Bei der Verabreichung der Medikamente ist auf Folgendes zu achten (Verabreichung, Dosierung....):

\_\_\_\_\_

### Wichtiger Hinweis:

Die Verabreichung des Medikamentes durch die Lehrkraft ist **eine private Gefälligkeit mit Haftungsausschluss**, die nicht Teil der dienstlichen Tätigkeit der Lehrkraft ist und unter Verantwortung der Erziehungsberechtigten geschieht!

### Informationen zur Wundbehandlung:

Um im Falle einer oberflächlichen Hautverletzung eine Entzündung der Wunde auszuschließen, sollte die Wunde desinfiziert und verbunden werden.

Sind Sie einverstanden, dass kleine Wunden mit Hansamed Desinfektionsspray behandelt werden?

- JA                       NEIN

Reagiert Ihr Kind allergisch auf Pflaster?  Ja                       Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigten