



Elterninformation: Medikamentenverabreichung

Liebe Eltern,

mit diesem Schreiben möchte ich Sie über die Vorgehensweise der **Medikamentenverabreichung und den Umgang mit kranken Kindern** informieren.

Der Deutsche Schulverein Windhoek (1949) hat Folgendes zur Medikamentenverabreichung im Bereich der Schule beschlossen:

- Vor der Verabreichung von Substanzen (Medikamenten / Zusätzen) muss von den Eltern eine **Einverständniserklärung und ein Haftungsverzicht** (siehe Seite 2) ausgefüllt werden. Ohne eine unterschriebene Einverständniserklärung dürfen keine Medikamente oder Zusätze verabreicht werden.
- Die für die betreffenden Kinder zuständigen pädagogischen Mitarbeiter dürfen nur frei verkäufliche Medikamente verabreichen, d.h. Medikamente, die nicht vom Arzt verschrieben werden müssen.
- Verschreibungspflichtige Medikamente dürfen nicht verabreicht werden. Die einzige Ausnahme stellt die Verabreichung von Antibiotika am Ende der Inkubationszeit zur Weiterbehandlung dar. Dies muss von dem behandelnden Arzt in schriftlicher Form bestätigt werden.

Grundsätzlich gilt aber:

Kranke Kinder gehören nicht in die Schule!

Der Schulalltag ist anstrengend für Kinder, die durch eine Krankheit geschwächt sind. Eine daraus resultierende mögliche Überanstrengung kann sich negativ auf den Krankheitsverlauf ausüben und möglicherweise eine Verschlechterung des Krankheitszustandes bewirken. Zudem sollten Ansteckungsrisiken vermieden werden.

Kinder, die Beschwerden haben wie

- Fieber
- Durchfall
- Erbrechen
- eine ansteckende Krankheit
- Husten und Schnupfen über einen längeren Zeitraum
- eine Kinderkrankheit, o.ä.

dürfen die Schule nicht besuchen. Wir behalten uns vor, Sie im Falle eines begründeten Verdachts einer Krankheit zu informieren und um Abholung des Kindes zu bitten.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen,

Kristin Eichholz
Schulleitung



Eltern / Erziehungsberechtigte(r) Einverständniserklärung und Haftungsverzicht

Name der Eltern: _____
Name des Kindes: _____
Geburtsdatum: _____
Zuhause gesprochene Sprachen: _____
Telefonnummer: _____
Email: _____

Medikamente:

Bitte führen Sie alle Medikamente auf, die Ihr Kind während der Zeit seines / ihres Aufenthalts in der Obhut der DHPS einnehmen soll. Dazu gehören alle verschreibungspflichtigen, rezeptfreien Medikamente, pflanzliche Zusätze und Vitamine. **Alle Medikamente müssen dem Klassenlehrer in ihren Originalbehältern mit vollständigen Dosierungsanweisungen gegeben werden. Kinder dürfen nicht im Besitz von verschreibungspflichtigen oder rezeptfreien Medikamenten sein.**

Name des Medikaments	Dosis	Zur Behandlung von	Dosierungsvorschriften
<i>Beispiel: Zyrtec</i>	<i>5mg</i>	<i>Saisonale Allergie</i>	<i>Tägl.1 Tablette morgens nach dem Essen</i>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Einverständniserklärung zur Verabreichung von frei verkäuflichen Medikamenten:

Erteilen Sie die Erlaubnis, dass Ihrem Kind frei verkäufliche Medikamente, bedarfsgerecht und wie auf dem Etikett angegeben, in Situationen in denen es sich nicht um einen Notfall handelt und kein Arzt oder Krankenhausbesuch erforderlich ist, z.B. bei leichten Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder allergischen Reaktionen (d.h. Panado, Advil, Buscopan, Hustensaft usw.) verabreicht werden?

Nein Bitte informieren Sie mich oder beanspruchen Sie ärztliche Hilfe im Falle leichter gesundheitlicher Beschwerden meines Kindes.

Unterschrift der Eltern _____

Ja Ich erteile hiermit die Erlaubnis, dass meinem Kind rezeptfreie Medikamente vorschriftsgemäß in Situationen, die keinen Notfall darstellen, von einem Erwachsenen verabreicht werden dürfen.

Unterschrift der Eltern _____



Gesundheitszustand:

Bitte beantworten Sie Zutreffendes detailliert oder vermerken Sie nicht Zutreffendes mit n/a. Falls erforderlich, fügen Sie relevante Schreiben bei.

- ◆ Auflistung gesundheitlicher Beschwerden Ihres Kindes (Asthma, Diabetes, Epilepsie, usw.):

- ◆ Auflistung von Allergien (Arzneimittel/Lebensmittel und/oder umweltbedingt)

Allergie

Reaktion

Beispiel:Pollen

Juckreiz

Jedem Antrag auf Berücksichtigung einer speziellen Diät muss eine Bescheinigung des Lebensmittlersatzes beigelegt werden. Der Antrag muss ärztlich bescheinigt werden:

Die medizinische Auskunft schließt ein:

- ✓ eine Beschreibung des medizinischen- oder Ernährungszustands, wodurch die Ernährung des Kindes einschränkt wird;
- ✓ das Essen oder Speisen die aus dem Speiseplan des Kindes gestrichen werden müssen;
- ✓ die Lebensmittel die das Kind ersatzweise einnehmen darf.

Wir sind leider nicht in der Lage, Produkte von spezifisch ausgewählten Lieferanten zur Verfügung zu stellen (z.B. Robertson oder Woolworths) da eine Allergie durch bestimmte Inhaltsstoffe und nicht von einer Marke oder einem Supermarkt hervorgerufen wird.

Ich, _____ übernehme die Verantwortung von (einschließlich aber nicht beschränkt auf) Verletzungen und Krankheiten, die im Zusammenhang der Nahrungsunverträglichkeit meines Kindes _____ stehen. Dieses trifft für alle Bereiche des Deutschen Schulvereins Windhoek (1949.) zu. Mit dem Lesen und Unterschreiben dieses Haftungsverzichts bestätige ich, dass mir das Unterschriebene verständlich ist und ich hiermit die Direktoren, Mitarbeiter und Angestellten des Deutschen Schulvereins (1949) jeglicher Schuld und Haftung von aus der genannten Nahrungsmittelunverträglichkeit meines Kindes resultieren, oder damit verbundenen Verlusten, Unannehmlichkeiten oder sonstigen Schäden jeglicher Art, zu entbinden.