



Ausführungen der Erziehungsberechtigten zu chronischen Erkrankungen ihres Kindes

Folgende Angaben erheben wir zur Sicherstellung der schulischen Betreuung Ihres Kindes. Alle Angaben sind der Schulleitung und der jeweiligen Klassenlehrperson resp. dem betreuenden Lehrpersonen-Team zugänglich und werden vertraulich behandelt. Je nach Ausprägungsgrad der Krankheit oder dem angezeigten Betreuungsaufwand behalten wir uns vor, Möglichkeiten und Grenzen der schulischen Betreuung in einer Vereinbarung zwischen Schule und Elternhaus zu regeln.

Personalien des Kindes

Name: Vorname :

Wohnadresse :

Geburtsdatum:

Aktuelle Klasse: (oder) geplanter Eintritt per in Klasse

Unter welcher Krankheit leidet ihr Kind?

(Genaue Bezeichnung / Diagnose und Beschreibung von möglichen Symptomen; mögliche Reaktion bei nicht rechtzeitiger oder unvollständiger Gegenreaktion)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Medizinische Indikation:

Welche Massnahmen sind für Prävention, Behandlung und ggf. Notfallreaktion während der Unterrichtszeit notwendig? Welche Medikamente müssten in der Schule verabreicht werden? Besteht Instruktions- resp. Schulungsbedarf ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Ein auf die Schule übertragbarer, von einem Arzt / einer Ärztin unterzeichneter Behandlungs- resp. Notfallplan besteht bereits (Beilage). Die darin aufgeführten Medikamente dürfen entsprechend dieser Vorgaben von den Lehrpersonen nach einer Instruktion (Eltern oder med. Fachpersonal) abgegeben werden.
- Ein ärztlicher Behandlungs- resp. Notfallplan wird nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin der Schule baldmöglichst zur Verfügung gestellt.
- Unser Kind ist in regelmässiger ärztlicher Behandlung oder Kontrolle (z.B. alle 1-2 Monate).
- Unser Kind ist nicht in regelmässiger Behandlung resp. Kontrolle.
 Zeitpunkt der letzten ärztlichen Konsultation:
- Wir sind bereit, auf einem separaten Papier unter Angabe von Name, Telefonnummer und Mailsadresse des behandelnden Arztes / der behandelnden Ärztin folgende Transparenz-Erklärung zu unterzeichnen (partielle Entbindung von der Schweigepflicht): "Die unterzeichnenden Eltern ermächtigen hiermit den behandelnden Arzt / die behandelnde Ärztin ihres Kindes, der Schule (Klassenlehrperson und Schulleitung) Auskunft über aktuelle medizinische Belange Ihres Kindes zu geben, so weit diese zur Sicherstellung der schulischen Betreuung relevant sind. Über einen Wechsel des Arztes / der Ärztin wird die Schule umgehend in Kenntnis gesetzt. Ein Widerruf dieser Transparenzerklärung ist im Wissen um allfällige Erschwernisse im Bereich der schulischen Kooperation jederzeit möglich."
 (Mit der Unterzeichnung der vorliegenden Erhebung wird diese Transparenzerklärung noch nicht abgegeben.)

Bemerkungen, weitere Ausführungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ort, Datum; Unterschrift Erziehungsberechtigte

Gegengezeichnet durch die Schulleitung; allf. Kommentar: