

Vereinbarung ärztliche Tätigkeit

(Rechtsgrundlage: § 93 Landw. SchulG 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 Mehrfachnennungen siehe angehängte Liste

an 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, Verabreichung von 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