**Einverständnis zur weiterführenden Erste-Hilfe-Versorgung am Neuen Gymnasium Frankfurt**

Elisabeth-Norgall-Straße 1, 60487 Frankfurt am Main, Tel. 069/ 212-49480, poststelle.neues-gymnasium-frankfurt@stadt-frankfurt.de - Eingangsstempel siehe Rückseite:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Dieses Einverständnis gilt bis zum schriftlichen Widerruf für mein / unser Kind: |
| 1 | Nachname | Vorname | Einschulungsjahr |
|  |  |  |
| 2 | Bitte kreuzen sie hier nur das an, was Sie ausschließen möchten: |
|  | Im Fall einer leicht blutenden, oberflächlichen Wunde, untersagen wir den Lehrkräften und Mitarbeitenden, dass diese Wunde mit klarem Leitungswasser gespült wird, um Schmutz wie Sand und Staub aus der Wunde zu entfernen. Wir sind deshalb bereit innerhalb einer halben Stunde in die Schule zu kommen und die Wunde selbst weiter zu versorgen. |
|  |
|  | Im Fall eines Zeckenstiches, sprechen wir uns gegen die klaren Aussagen der Unfallkasse aus, dass Lehrkräfte und Mitarbeitende die Zecke von der Haut entfernen und verantworten das gesundheitliche Risiko. Wir sind deshalb bereit innerhalb einer halben Stunde in die Schule zu kommen und die Versorgung des Zeckenstiches selbst vorzunehmen.  |
|  |
| 3 | Im Falle eines medizinischen Notfalls wird ein verletztes Kind immer mit einem Rettungswagen und durch medizinisches Personal versorgt. Notfallmaßnahmen zur Erhaltung der Vitalfunktionen müssen durchgeführt werden. Maßnahmen, die Verletzungen, die nicht lebensbedrohlich sind, versorgen bedürfen einer Zustimmung. Dazu zählt zum Beispiel, die Röntgenuntersuchung eines normalen Armbruches, das Nähen einer Wunde etc.  |
| Bitte kreuzen sie hier nur das an, was Sie ausschließen möchten: |
|  | Wenn ich / wir dieses Feld nicht angekreuzt haben, übertragen wir unsere elterliche und erzieherische Weisung und Handlungsfähigkeit bis zu unserem Eintreffen auf die begleitende Lehrkraft. Eine entsprechende telefonische Abstimmung wird vor jeder Entscheidung soweit möglich durchgeführt. Andernfalls sind wir bereit umgehend an den Ort der medizinischen Versorgung zu gelangen, spätestens jedoch in 30 Minuten. |
|  |
| 4 | Hinweise zu Erkrankungen und Allergien: Geben Sie hier alle bekannten Allergien an: |
| *weitere Angaben siehe Rückseite* |
| 5 | Hinweise zu Medikamenten und Notfallmedikamenten: Geben sie hier alle verschreibungspflichtigen und apothekenpflichtigen Medikamente und deren Einnahmeverordnungen an, kopieren sie die ärztlichen Verordnungen und heften sie diese an dieses Formblatt an: |
| *weitere Angaben siehe Rückseite* |
| 6 | Die Notfallpläne, auf der Webseite der Schule (FAQ Erste Hilfe), habe ich / haben wir, soweit zutreffend ausgefüllt und diesem Formblatt angeheftet. |
| 7 | Erreichbarkeit 1. Notfallkontakt |
| Nachname | Stellung zum Kind | Telefonische Erreichbarkeit (Mobiltelefon) |
|  |  | Elternteil | Anmerkung:  |
|  | Stiefelternteil |
| Vorname |  | Großeltern |
|  |  |  |
| Sonst: |
| Erreichbarkeit 2. Notfallkontakt |
| Nachname | Stellung zum Kind | Telefonische Erreichbarkeit (Mobiltelefon) |
|  |  | Elternteil | Anmerkung: |
|  | Stiefelternteil |
| Vorname |  | Großeltern |
|  |  |  |
| Sonst: |
| Erreichbarkeit 3. Notfallkontakt |
| Nachname | Stellung zum Kind | Telefonische Erreichbarkeit (Mobiltelefon) |
|  |  | Elternteil | Anmerkung: |
|  | Stiefelternteil |
| Vorname |  | Großeltern |
|  |  |  |
| Sonst: |
| 8 | Ein Notfallkontakt wird nach der Durchführung einer - der hier beschriebenen - Maßnahmen der Erste Hilfe zeitnah informiert. |
| 9 | Mit meiner / unserer Unterschrift bestätige/n ich/wir - als Erziehungsberechtigte/n - die vorgekennzeichneten Aspekte und Eintragungen sowie das Einverständnis. Ist nur eine Unterschrift vorhanden, wird mit der Abgabe bestätigt, dass diese Person auch im Namen jeder weiteren erziehungsberechtigten Person handelt: |
| Frankfurt, |  |  |
|  den | Unterschrift Erziehungsberechtigte/r | Unterschrift Erziehungsberechtigte/r |