

Die Unfallkasse Hessen informiert (Stand: April 2024)

Vereinbarung über die Durchführung von medizinischen Hilfsmaßnahmen und die Verabreichung von Medikamenten sowie Aufgabenübertragung

Angaben der Erziehungsberechtigten

Name, Vorname des betroffenen Kindes:

Name, Vorname der Erziehungsberechtigten:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

Angaben der Feuerwehr

Name der Feuerwehr:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Vereinbarung über die Durchführung von medizinischen Hilfsmaßnahmen/die Verabreichung von Medikamenten in der Kinder- und Jugendfeuerwehr

Hiermit beauftrage ich/beauftragen wir die im Folgenden genannten Betreuerinnen oder Betreuer der Kinder- oder Jugendfeuerwehr, an meinem/unserem Kind die nachfolgend bezeichnete ärztlich verordnete, medizinische Hilfsmaßnahme durchzuführen, weil sie oder er einsichtsbedingt oder wegen einer Behinderung die Maßnahme nicht selbst steuern oder vornehmen kann.

Ärztliche Verordnung:

(Angabe, welche medizinische Hilfsmaßnahme angezeigt ist und Hinweise, was hierbei zu beachten ist.)

Medizinische Diagnose für das zu betreuende Kind *(freiwillige Angabe):*

(Die Angabe einer medizinischen Diagnose ist nicht verpflichtend, kann jedoch im Notfall hilfreich sein.)

Tägliche Anwendungszeiten/Dauer:

Notfallmaßnahmen, Besonderheiten für Medikamentenverabreichung, ggf. Nebenwirkungen:

Die Beauftragung ist bis zum _____ (*Datum einfügen*) oder bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig. Über Änderungen der ärztlichen Verordnung und ggf. der medizinischen Diagnose werde ich/werden wir die Feuerwehr informieren.

Für den Zeitraum der Beauftragung ist die Feuerwehr berechtigt, Daten, die im Zusammenhang mit dieser Vereinbarung stehen, zu speichern.

Datum Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten Datum/Stempel/Unterschrift behandelnder Arzt (*optional*)

Leitung der Feuerwehr:

Die oben beschriebene medizinische Hilfsmaßnahme übertrage ich

(*Name des Jugendwarts/der betreuenden Person eintragen*)

Datum Unterschrift der Leitung der Feuerwehr

Jugendwart/betreuende Person:

Ich übernehme freiwillig die Durchführung der o. a. medizinischen Hilfsmaßnahme.

Mir ist bekannt, dass bei vorsätzlichem oder grob fahrlässigem Verhalten Regressansprüche des Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung entstehen können. Grob fahrlässig handelt derjenige, der eine unentschuld bare Pflichtverletzung begeht, die das gewöhnliche Maß erheblich übersteigt.

Falls ich in Zukunft die Maßnahme nicht mehr durchführen kann oder will, werde ich die Personensorgeberechtigten und die Leitung der Feuerwehr darüber unverzüglich schriftlich informieren.

Datum Unterschrift des Jugendwarts/der betreuenden Person