



Was machen Schulgesundheitsfachkräfte?

Schulgesundheitsfachkräfte sind Krankenschwestern. Sie arbeiten an der Schule und kümmern sich um die Gesundheit der Kinder.

Sie helfen Ihrem Kind, ...

... wenn es Schmerzen hat.

... wenn es verletzt ist.

... wenn es sich Sorgen macht.

... wenn es eine Krankheit oder Behinderung hat.

... wenn es eine Frage zur Gesundheit oder Krankheit hat. Die Schulgesundheitsfachkräfte können Ihrem Kind sagen, wo es noch mehr Hilfe bekommt.

Die Schulgesundheitsfachkraft darf niemandem etwas von der Behandlung erzählen.

Sie geben den Kindern Informationen zur Gesundheit, zum Beispiel:

... zu gesundem Essen

... Bewegung

... Verhalten bei Stress

... Erste Hilfe

Sie führen Untersuchungen durch, zum Beispiel:

... Sehtest

... Hörtest

... Impfberatung

... Blutdruck und Puls

Darüber werden Sie immer vorher informiert.

Für die Hilfe brauchen wir ihre Zustimmung. Bitte unterschreiben sie auf den Formularen:

1. dass wir persönliche Angaben (Name, Geburtsdatum,...) aufschreiben dürfen.
(Einwilligung zur Datenerhebung im Rahmen der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte)
2. dass wir Ihrem Kind helfen dürfen, wenn es krank ist.
(Einwilligung und Erlaubnis zur Durchführung medizinischer Hilfemaßnahmen und Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge)
3. was ihr Kind braucht, wenn es eine Krankheit oder Behinderung hat.
(Angaben zum Gesundheitszustand des zu behandelnden und pflegenden Kindes, Seite 2-3)

Sie können uns gerne Fragen stellen, unsere E-Mail-Adresse ist: schulgesundheitsamt@stuttgart.de

Vielen Dank!

Landeshauptstadt Stuttgart
Gesundheitsamt
Schulgesundheitsfachkräfte
Schloßstr. 91
70176 Stuttgart

Schulgesundheitsfachkräfte an Stuttgarter Schulen

Name, Vorname des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Klasse _____

Kontaktdaten aller sorgeberechtigter Personen (mit Telefonnummer für Rückfragen/Notfälle):

Einwilligung und Erlaubnis zur Durchführung medizinischer Hilfemaßnahmen und Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge

Hiermit gebe ich mein / geben wir unser Einverständnis, dass die an der

_____ (Name der Schule) eingesetzte

Schulgesundheitsfachkraft an meinem Kind / unserem Kind folgende medizinische Maßnahmen durchführen darf:

- Entfernung einer Zecke mit Dokumentation der Einstichstelle
 - Entfernung von kleinen Fremdkörpern und anschließender Wundversorgung
 - Wundversorgung bei oberflächlichen Wunden mit geeignetem Wunddesinfektionsmittel (Octenisept) und Wundsalbe (Dexpanthenol Salbe)
 - Fiebermessen (mit Ohr-Thermometer)
 - Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge (wie Sehtest, Hörtest, Wiegen, Größe Messen, Blutdruck- und Pulsmessung)
 - Nur auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung: die Verabreichung von Medikamenten
 - **Medizinische und pflegerische Unterstützung meines / unseres Kindes, da eine chronische Erkrankung und / oder eine Behinderung vorliegt.**
- Bitte füllen Sie hierfür zusätzlich das Formular auf Seite 2 / 3 aus.**

☐ Mein Kind hat eine Pflasterallergie

Ort, Datum

Unterschrift einer sorgeberechtigten Person

Der Besuch bei der Schulgesundheitsfachkraft ersetzt die übliche ärztliche und pflegerische Versorgung NICHT, sondern ergänzt diese im Schulalltag.

Die Seiten 2 und 3 sind **nur** auszufüllen, wenn eine medizinische und pflegerische Unterstützung aufgrund einer **chronischen Erkrankung** und/oder **Behinderung** Ihres Kindes durch die Schulgesundheitsfachkraft erwünscht ist.

Angaben zum Gesundheitszustand des zu behandelnden und pflegenden Kindes

Die folgenden Angaben sind **freiwillig**, könnten jedoch im Notfall hilfreich sein.

Medizinische Diagnose

Medikamentengabe

Medikament und
Dosierung:

(Bitte fügen Sie die
ärztliche Verordnung bzw. den
durch den Arzt ausgestellten
Behandlungsplan bei)

Medizinische / pflegerische Maßnahmen

(z.B. Blutzuckermessung,
Katheterisierung,
Sondenlegung,
Verbandswechsel etc.)

Notfallmaßnahmen

**Ansprechpartner
in Notfällen**
mit Telefonnummer

Besonderheiten/
sonstige Bemerkungen,
ggf. Nebenwirkungen

Die Beauftragung ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig. Über eine Änderung der ärztlichen Verordnung und ggf. der medizinischen Diagnose werde ich die Schule unverzüglich in Kenntnis setzen.

Ich / wir entbinde/n die Schulgesundheitsfachkraft von der Haftung durch eventuelle auftretende Folgen, allergische Reaktionen und Nebenwirkungen, die durch die Einnahme / Verabreichung der Medikamente auftreten.

Für die Dauer der Einnahme / Verabreichung hinterlege ich / hinterlegen wir die Originalverpackung der Medikamente sowie den Beipackzettel bei der Schulgesundheitsfachkraft.

Ort, Datum

Unterschrift einer sorgeberechtigten Person



**Ergänzende Einwilligung zur Datenerhebung im Rahmen
der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte**

Name, Vorname des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Name, Vorname
sorgeberechtigte Person _____

Ich willige / wir willigen ein, dass die Schulgesundheitsfachkraft personenbezogene Daten zur chronischen Erkrankung und / oder Behinderung meines / unseres Kindes an das Lehrpersonal, weitere Mitarbeitende an der Schule und / oder Mitschülerinnen und Mitschüler weitergibt, sofern dies für den fürsorglichen Umgang mit meinem / unserem Kind und die medizinischen Unterstützungsmaßnahmen in der Schule erforderlich ist.
(Art. 4 Nr. 2, Art. 6 Abs. 1 a und Art. 9 Abs. 2 a DSGVO).

Mir / uns ist bekannt, dass ich / wir diese Erklärung schriftlich jederzeit bei der Schulgesundheitsfachkraft mit Wirkung auf die Zukunft widerrufen kann / können
(Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir / uns ist bekannt, dass ich / wir weitere Informationen zum Datenschutz und zu meinen / unseren Rechten auf der Homepage der Stadt Stuttgart finde/n:
<https://www.stuttgart.de/datenschutz/gesundheitsamt-datenschutzinformationen.php>

Ort, Datum

Unterschrift einer sorgeberechtigten Person



**Einwilligung zur Datenerhebung im Rahmen der Tätigkeit der
Schulgesundheitsfachkräfte**

Name, Vorname des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Name, Vorname
sorgeberechtigte Person _____

Ich willige / wir willigen ein, dass die Schulgesundheitsfachkraft im Rahmen ihrer Tätigkeit künftig Gesundheitsdaten verarbeitet (erhebt, speichert und verwendet), soweit dies zur Durchführung der gesundheitlichen Versorgung an der Schule oder der Dokumentationspflicht der Schulgesundheitsfachkraft erforderlich ist.
(Art. 4 Nr. 2, Art. 6 Abs. 1 a und Art. 9 Abs. 2 a DSGVO).

Die Weitergabe von Gesundheitsdaten an Dritte erfolgt nur, soweit dies zwingend medizinisch erforderlich erscheint, d. h. ein lebenswichtiges Interesse der betroffenen Person besteht oder eine Rechtsgrundlage dies erlaubt, z.B. beim Verdacht auf eine ansteckende Erkrankung (§ 6 und 34 Infektionsschutzgesetz – IfSG)

- ☐ Ich / wir geben unser Einverständnis, dass das Gesundheitsamt die pseudonymisierten Daten meines / unseres Kindes zur Evaluation und zur Berichterstattung (Statistik) mit dem Ziel der Verbesserung des fachlichen Angebotes verarbeiten darf.

Mir / uns ist bekannt, dass ich / wir diese Erklärung schriftlich jederzeit bei der Schulgesundheitsfachkraft mit Wirkung auf die Zukunft widerrufen kann / können
(Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir / uns ist bekannt, dass ich / wir weitere Informationen zum Datenschutz und zu meinen / unseren Rechten auf der Homepage der Stadt Stuttgart finde/n:
<https://www.stuttgart.de/datenschutz/gesundheitsamt-datenschutzinformationen.php>

Ort, Datum

Unterschrift einer sorgeberechtigten Person