

Vereinbarung über die Durchführung von medizinischen Hilfsmaßnahmen

zwischen

Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten

und

Stadt Dietfurt a.d.Altmühl, Hauptstraße 26, 92345 Dietfurt a.d.Altmühl
Vertreten durch Frau Doris Kuhn

Name und Anschrift der Ferienbetreuung

Hiermit beauftragen wir/beauftrage ich die o.g. Ferienbetreuung, an

Nachname, Vorname, Geburtstag der teilnehmenden Person

die nachfolgend genannte ärztlich verordnete medizinische Hilfsmaßnahme durchzuführen.

Wir versichern/ich versichere,

- dass das Kind nicht in der Lage ist, die medizinische Hilfsmaßnahme selbst zu steuern oder vorzunehmen,

- dass es aus ärztlicher Sicht notwendig ist, die medizinische Hilfsmaßnahme in den Zeiten der Ferienbetreuung durchzuführen,

- dass die Übernahme der medizinischen Hilfsmaßnahme durch eine andere Einrichtung auf sozialversicherungsrechtlicher Grundlage abgeklärt und abgelehnt worden ist.

Art der Maßnahme/ Verabreichungsform	
Name des Medikaments	
Anwendungshäufigkeit	
Anwendungszeitpunkt	
Dosierung	
Sonstige Anmerkungen	

Wir verpflichten uns/ich verpflichte mich, jede Änderung bei der verordneten medizinischen Hilfsmaßnahme unverzüglich an die Ferienbetreuung zu melden und eine aktualisierte ärztliche Verordnung vorzulegen.

Vorgehen bei Komplikationen/im Notfall:

Telefonische Erreichbarkeit:

Personensorgeberechtigte(r)

Arzt/Ärztin

Wir werden/ich werde dafür Sorge tragen, dass wir/ich für die Ferienbetreuung möglichst durchgängig telefonisch erreichbar sind/bin. Wir werden/ich werde den Arzt oder die Ärztin gegenüber der Ferienbetreuung von der ärztlichen Schweigepflicht entbinden, soweit dies zur ordnungsgemäßen Durchführung der vereinbarten Hilfsmaßnahme und ggf. auch von Notfallmaßnahmen erforderlich ist.

Die übernommene medizinische Hilfsmaßnahme wird durchgeführt von

Kuhn Doris

Nachname, Vorname der Betreuungsperson

im Falle ihrer Abwesenheit vertretungsweise von

Nachname, Vorname der Betreuungsperson

Wir werden/ich werde dafür Sorge tragen, dass die Betreuungspersonen von dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin oder einer sonstigen fachkundigen Stelle eine Unterweisung zur Durchführung der medizinischen Hilfsmaßnahme erhalten.

Uns/mir ist bekannt, dass wir/ich die Medikamentengabe in eigener Verantwortung sicherzustellen haben, wenn uns die Ferienbetreuung darüber unterrichtet,

- dass die fachliche Unterweisung der Betreuungspersonen nicht erfolgt ist,
- dass die Durchführung der medizinischen Hilfsmaßnahme wegen Abwesenheit beider Betreuungspersonen nicht möglich ist,
- dass das Kind die erforderliche Mitwirkung ablehnt.

Die Beauftragung soll bis zum _____ (Datum einfügen) oder ihrem Widerruf durch schriftliche Erklärung gegenüber der Ferienbetreuung gültig sein.

Die Vereinbarung wird gegenstandslos, wenn das Kind die Ferienbetreuung nicht mehr besucht. Die Ferienbetreuung kann den Auftrag mit einer Frist von zwei Wochen, bei Vorliegen eines wichtigen Grundes auch fristlos kündigen. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn nach der Einschätzung der verantwortlichen Betreuungsperson und/oder ihrer Vertretung die Kooperation der zu betreuenden Person, der

Personensorgeberechtigten oder der Ärztin bzw. des Arztes nicht (mehr) ausreichend gegeben ist. Gleiches gilt, wenn die zu betreuende Person von der verantwortlichen Betreuungsperson und/oder ihrer Vertretung nicht mehr betreut wird.

Datum, Unterschrift aller Personensorgeberechtigten

Datum, Unterschrift der Betreuungsperson

Datum, Unterschrift 1. Bürgermeister Bernd Mayr