

NOTFALLBLATT

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte,

Ihr Kind wird bei kleinen Verletzungen und/oder Unpässlichkeiten in der Schule erstversorgt und kurzzeitig betreut. Diese Versorgung wird von den betreffenden Lehrkräften bzw. Betreuungspersonen oder einem Ersthelfer durchgeführt. Aus rechtlichen Gründen benötigen wir für jede Versorgung Ihres Kindes (Verabreichung von naturheilkundlichen Arzneimitteln und Tees, Anlegen von Verbänden und erste Wundversorgung) Ihr schriftliches Einverständnis.

Wir bitten Sie daher, das Formular an den Klassenlehrer/die Klassenlehrerin zurückzugeben. Für Notfälle ist die der Schule vorliegende häusliche Telefonnummer nicht ausreichend. Wir bitten daher um weitere Angaben.

Liste der Naturheilmittel:

Arnika Globuli, Arnika Essenz und Salbe, Brand- und Wundgel, Calendula Essenz und Salbe, Notfalltropfen, balsamischer Melissengeist (ab Klasse 6), Salbeidragees, Japanisches Öl/Roll on - klarer Kopf (bei Kopfschmerzen), **Tees:** Kamille, Pfefferminz, Fenchel; **Auflagen, Verbände:** Eis- und Wärmeauflagen, Pflaster-, Mull- und elastische Verbände, notwendige Maßnahmen zur Entfernung von Spreißeln, z.B. Einsatz von Pinzette.

Bitte beachten Sie:

Wir selbst dürfen aufgrund des Allergieschutzes keine **Desinfektionsmittel** mehr auf Wunden auftragen. Wir können es aber zur Eigenverwendung durch die Schülerinnen und Schüler zur Verfügung stellen.

Die Entfernung von **Zecken** ist mittlerweile als Erste-Hilfe-Maßnahme eingeordnet. Das bedeutet, dass wir bei Schülerinnen und Schülern in jedem Fall Zecken entfernen, wenn dies im schulischen Bereich notwendig werden sollte. Wir werden hier desinfizierte Zeckenkarten oder evtl. auch Zeckenzangen verwenden.

Name, Vorname und Klasse der Schülerin / des Schülers

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Kind bei leichten Verletzungen mit o.g. Präparaten versorgt werden darf

☐ ja ☐ nein

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Kind bei leichten Unpässlichkeiten, wie leichten Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Übelkeit mit o.g. Präparaten behandelt werden darf

☐ ja ☐ nein

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Kind auch von einer nicht medizinisch ausgebildeten Person eine Erstversorgung (wie oben beschrieben) erhält

☐ ja ☐ nein

Mein Kind hat die folgenden Allergien und Unverträglichkeiten (auch Nahrungsmittel), die es zu beachten gibt:

Name und Telefonnummer für Notfälle

Name und Telefonnummer für Notfälle

Name und Telefonnummer für Notfälle

Name und Telefonnummer für Notfälle

Ort, Datum

Unterschrift aller Erziehungsberechtigten