

## Übertragung der medizinischen Hilfsmaßnahme als Dienstaufgabe

Hiermit wird die in der Anlage beschriebene medizinische Hilfsmaßnahme den nachfolgend genannten Personen im Rahmen ihrer Dienstaufgaben übertragen.

---

Name, Vorname (Hauptverantwortliche/r)

---

Name, Vorname (Vertreter/in)

---

Datum, Unterschrift der Schulleiterin/des Schulleiters

---

## Freiwillige Übernahme der medizinischen Hilfsmaßnahme

Wir übernehmen freiwillig die Durchführung der in der Anlage beschriebenen medizinischen Hilfsmaßnahme.

Die fachliche Unterweisung (vgl. Abschnitt II Nr. 8 des KMS) wurde durchgeführt von \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_.

Falls ich/wir die Maßnahme nicht mehr durchführen kann/können oder will/wollen, werde ich/werden wir die Schulleiterin/den Schulleiter unter Angabe der Gründe umgehend schriftlich informieren. Die Schulleiterin/der Schulleiterin wird unverzüglich die Kündigung zum nächstmöglichen Zeitpunkt (vgl. Abschnitt II Nr. 13 des KMS) schriftlich gegenüber den Personensorgeberechtigten erklären.

Die weiteren Hinweise des KMS, insbesondere die möglichen Rechtsfolgen (vgl. Abschnitt V), haben wir zur Kenntnis genommen.

---

Datum, Unterschrift Hauptverantwortliche/r

---

Datum, Unterschrift Vertreter/in

Anlagen: Kopie Vereinbarung zwischen Schule und Personensorgeberechtigten  
(ggf. mit Anlagen)  
KMS Nr. II.5-BP4004.8/2/22