

§ 13 SMG-Checkliste für Schulleiter

1) Meldung an den Schulleiter:

Datum	Betroffene/r Schüler/in

Auffälligkeiten, die den Verdacht nahe legen:

-
-
-
-

2) Entscheidung über die Einleitung eines § 13 SMG Verfahrens: ja / nein

wenn ja: Ab nun ist der/die Schulleiter/in „Verfahrensmanager“

3) Verständigung der Erziehungsberechtigten (EB) durch die/den Schulleiter/in

Erziehungsberechtigte werden über den Verdacht informiert und über das nun folgende Verfahren aufgeklärt. Schularzt und/oder Schulpsychologe können zu diesem Gespräch eingeladen werden.

Das Schaudiagramm aus dem Erlass des SSR für Wien dient als Gesprächsleitfaden

Datum	Namen der Gesprächsteilnehmer (Erziehungsberechtigte, Schulleiter, Schularzt, Schulpsychologe)

Zustimmung der Erziehungsberechtigten zur schulärztlichen und schulpsychologischen Untersuchung eingeholt:

Datum	Unterschrift der Erziehungsberechtigten oder Vermerk der tel. Zustimmung	Zustimmung verweigert

4) Schulärztliche Untersuchung wurde durchgeführt am: _____

Über die Notwendigkeit eines Harntests entscheidet der Schularzt.

Hierzu bedarf es der schriftlichen Einwilligung der Erziehungsberechtigten.

5) Schulpsychologische Untersuchung wurde durchgeführt am: _____

6) Ergebnisse der schulärztlichen und schulpsychologischen Untersuchung:

Besteht bei dem Schüler / der Schülerin eine Problemlage gemäß § 13 SMG?	ja / nein
Sind gesundheitsbezogene Maßnahmen notwendig?	ja / nein
Empfehlung: Gesundheitsbezogene Maßnahme	
Empfehlung: Wer führt diese durch?	

§ 13 SMG-Checkliste für Schulleiter

7) Beratungsgespräch mit dem/der Schüler/in und den Erziehungsberechtigten über die Durchführung einer gesundheitsbezogenen Maßnahme am: _____

<input type="checkbox"/> Schulleiter/in	
<input type="checkbox"/> Schularzt/ärztin	
<input type="checkbox"/> Schulpsychologe/in	
<input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigte/r	
<input type="checkbox"/> Schüler/in	
<input type="checkbox"/> andere	

Der/die Schüler/in hat sich folgender gesundheitsbezogener Maßnahme zu unterziehen:

<input type="checkbox"/> Die ärztliche Überwachung des Gesundheitszustandes
<input type="checkbox"/> Die ärztliche Behandlung einschließlich der Entzugs- und Substitutionsbehandlung
<input type="checkbox"/> Die klinisch-psychologische Beratung und Betreuung
<input type="checkbox"/> Die Psychotherapie
<input type="checkbox"/> Die psychosoziale Beratung und Betreuung

Die Maßnahme wird durchgeführt von:

<input type="checkbox"/> Schularzt	
<input type="checkbox"/> Schulpsychologe	
<input type="checkbox"/> Drogenberatungseinrichtung	
<input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt, Facharzt	
<input type="checkbox"/> Niedergelassener Psychologe	
<input type="checkbox"/> Niedergelassener Psychotherapeut	
	Institution / Behandelnde/r Ärzt/in, Psycholog/in, Therapeut/in

8) Kontrolle der Maßnahmen durch: _____

Die Ambulanzkarte ist wöchentlich / 14-tägig / monatlich vorzulegen bei _____

Datum der Bestätigung	vorgelegt am	Datum der Bestätigung	vorgelegt am

9) Weigerungsfall:

Folgende Maßnahme wurde am _____ von der Schüler/in und/oder den Erziehungsberechtigten verweigert: _____

Schriftliche Meldung an die MA 40 (⇒ MA 15 - Gesundheitsamt) am: _____