

### **Berechtigungserklärung zur Medikamentenverabreichung**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

muss während des Besuchs der Kindertageseinrichtung folgende/s Medikament/e zu sich nehmen:

| <b>Medikament:</b> | <b>Uhrzeit:</b> | <b>Dosis:</b> |
|--------------------|-----------------|---------------|
| _____              | _____           | _____         |
| _____              | _____           | _____         |
| _____              | _____           | _____         |
| _____              | _____           | _____         |
| _____              | _____           | _____         |

Maßgeblich für die Verabreichung ist die beigelegte ärztliche Weisung. Ich/Wir ermächtige/n hiermit die Erzieher/innen der Kindertageseinrichtung der o. g. Kath. Kirchengemeinde bzw. Trägers meinem/ unserem o. g. Kind die/das vorgenannte/n Medikament/e zu verabreichen.

Durch meine/unsere Unterschrift bestätige/n ich/wir, dass das/die oben genannte/n Medikament/e ärztlich verordnet ist/sind und – nicht – unter die Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes fällt/fallen.

Ich/Wir stelle/n den Träger der Kath. Kindertageseinrichtung und dessen Mitarbeiter/innen (Leitung, Erzieher/innen) frei von jeglicher Verantwortung und Haftung für Schädigungen, die durch oder anlässlich der Verabreichung von Medikamenten entstehen. Dies gilt auch für den Fall, dass Personenschäden (auch Dritter) durch die Einnahme der ausgehändigten Medikamente entstehen sollten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mutter/Sorgeberechtigte

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vater/Sorgeberechtigter

Interne Vermerke:

Eingangsdatum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift KITA-Leitung