



**Ermächtigungserklärung der/ des Personensorgeberechtigten zur Medikation**

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

Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_\_

Anschrift und Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige/ n ich/ wir (Name der/ des Personensorgeberechtigten):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

die pädagogischen Mitarbeitenden (Namen):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

die im Formular **12.5- 9 F Medikation- Ärztliche Verordnung** angegebenen Medikamente in der vorgeschriebenen Dosierung, in der angegebenen Zeit und für die vorgeschriebene Behandlungsdauer zu verabreichen oder je nach Situation den/ die behandelnde/ n Arzt/ Ärztin bzw. Notarzt/ Notärztin zu verständigen. Ich/ Wir bestätige/ n, dass die Angaben richtig sind und werde/ n der Kindertagesstätte etwaige Änderungen sofort schriftlich mitteilen.

Ich/ Wir stelle/ n die Kindertagesstätte, vertreten durch die Leitung und die jeweiligen Gruppenmitarbeitenden frei von Haftung in Schadensfällen, die aufgrund leichter oder mittlerer Fahrlässigkeit entstanden sind.

Die Daten dieser Ermächtigungserklärung werden an die behandelnden Ärzte weitergegeben, wenn diese Daten für die Behandlung erforderlich sind. Einen Arztbericht über den bisherigen Krankheitsverlauf füge/ n ich/ wir bei.

\_\_\_\_\_  
 Datum jeweilige Unterschrift der/ des Personensorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
 Datum Unterschriften der pädagogischen Mitarbeitenden

\_\_\_\_\_  
 Datum Unterschrift KiTa- Leitung

Formularname  
 Ermächtigungserklärung der/ des Personensorgeberechtigten zur Medikation

Formularnummer  
 12.5-7 Fx

Version / Datum  
 1 / September 2021