Ermächtigungserklärung der/ des Personensorgeberechtigten zur Medikation (Notfall)

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- 8 F Medikation- Ärztliche Verordnung bei akutem Bedarf/ für Notfallmedikamente** 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