

## Beauftragung zur Verabreichung von Medikamenten

Intern – Eingangsdatum:  
Entgegengenommen von: \_\_\_\_\_

### 1. Teil – auszufüllen vom betreuenden Arzt:

Name des Kindes:

---

Geburtsdatum:

---

Anschrift:

---

Folgende Medikamente müssen zu den angegebenen Bedingungen meinem/unserem Kind verabreicht werden:

	Name des Medikaments	Dosierung	Einnahmezeitpunkt	Besonderheiten
1.				
2.				
3.				

Bemerkung und Angaben zur Dauer der Einnahme:

---



---

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

### 2. Teil – auszufüllen von den Personensorgeberechtigten o.g. Kindes

Hiermit beauftrage ich/beauftragen wir die pädagogischen Mitarbeiter, meinem/unserem Kind oben ausgewiesenes Medikament in angegebener Art und Weise zu verabreichen.

Eine ärztliche Bescheinigung über die verordneten Medikamente und deren Dosierung lege ich/legen wir dieser Beauftragung bei. Änderungen in der Anwendung teile ich/teilen wir unverzüglich mit.

Angaben des behandelnden Arztes (Name, Adresse, Telefonnummer):

---

Die Beschreibung (Beipackzettel) des Medikaments füge/n ich/wir im Original oder als Kopie bei. Durch meine/unsere Unterschrift/en 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.  
\* nicht Zutreffendes bitte streichen

Ich/wir stelle/n die Kindertageseinrichtung, vertreten durch die Leitungskraft und die jeweiligen Pädagogen frei von jeglicher Verantwortung und Haftung. Dies gilt auf für den Fall, dass Personenschäden (auch Dritter) durch die Einnahme der ausgehändigten Medikamente entstehen sollten. Ich/wir sind informiert, dass Medikamente nur an das pädagogische Personal mit Beschreibung ausgehändigt werden dürfen!

---

Ort, Datum Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten