



Lachemer Dorfstraße 33, 31840 Hessisch Oldendorf  
Tel: 05158-445, Fax: 05158- 9939962  
Kindergartenleitung: info@kiga-lachem.de  
Träger: vorstand@kiga-lachem.de  
www.kiga-lachem.de

## Beauftragung zur Verabreichung von Medikamenten

Name des Kindes: .....

Geburtsdatum: .....

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Zeiten eingenommen werden:

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

Bemerkung/ Dauer der Einnahme: .....

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 zum behandelnden Arzt:

Anschrift: .....

Telefonnummer: .....

Unterschrift des behandelnden Arztes:.....

Den behandelnden Arzt habe ich von der Schweigepflicht - nicht\*) - entbunden.

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

Die Lagerung des Medikaments in der Kindertageseinrichtung ist - nicht\*) - möglich.

Hiermit beauftrage/n ich/wir den/die **Mitarbeitende/n** der Kindertageseinrichtung ..... (namentlich benennen)  
meinem/ unserem Kind die o.g. Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ich/wir stelle/n die Kindertageseinrichtung, vertreten durch .....,  
sowie die Mitarbeitenden der Tageseinrichtung von jeder Art der Haftung für Sach- und  
Personenschäden, auch gegenüber Dritten, frei. Unberührt bleibt die Haftung wegen  
vorsätzlichen Handelns. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich bei der  
Medikamentengabe um eine freiwillige Leistung der Kindertageseinrichtung handelt, die  
jederzeit nach vorheriger Ankündigung widerrufen werden kann.

.....Eingegangen am.....  
Datum/Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten Datum/Unterschrift der Leitung