

# Verabreichung von Medikamenten und Durchführung von medizinischen Hilfsmaßnahmen in Kindertageseinrichtungen (Stand November 2022)

Name, Vorname des Kindes

---

Namen, Anschrift und Telefonnummern der/s Erziehungsberechtigten

---

---

An die

---

Ort, Datum

*(Stempel der Kita)*

## Verabreichung von Medikamenten und Durchführung von medizinischen Hilfsmaßnahmen in Kindertageseinrichtungen

Hiermit beauftrage ich/beauftragen wir die im Folgenden genannten Mitarbeitenden der o. a. Kita, an meiner/unserer Tochter oder meinem / unserem Sohn die nachfolgend bezeichnete ärztlich verordnete, medizinische Hilfsmaßnahme durchzuführen, weil sie oder er einsichtsbedingt oder wegen einer Behinderung die Maßnahme nicht selbst steuern oder vornehmen kann.

### Ärztliche Verordnung:

*(Angabe, welche medizinische Hilfsmaßnahme in der Kita angezeigt ist und Hinweise, was hierbei zu beachten ist):*

---

---

### Medizinische Diagnose für das zu betreuende Kind:

*(Die Angabe einer medizinischen Diagnose ist nicht verpflichtend, kann jedoch im Notfall hilfreich sein):*

---

---

**Tägliche Anwendungszeiten/Dauer:**

---

---

**Notfallmaßnahmen, Besonderheiten für Medikamentenverabreichung, ggf. Nebenwirkungen:**

---

---

Die Beauftragung ist bis zum \_\_\_\_\_ oder bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig. Über Änderungen der ärztlichen Verordnung und ggf. der medizinischen Diagnose werde ich/werden wir die Kita schnellstmöglich informieren. Für den Zeitraum der Beauftragung ist die Kita berechtigt, Daten, die im Zusammenhang mit dieser Vereinbarung stehen, zu speichern. Diese Daten werden nach Ende des Beauftragungszeitraumes umgehend durch die Kita gelöscht.

---

Datum, Unterschrift der/s Erziehungsberechtigten

Datum/Stempel/Unterschrift behandelnde/r Ärztin/ Arzt

---

**Kitaleitung:**

Die oben beschriebene medizinische Hilfsmaßnahme übertrage ich im Rahmen der dienstlichen Aufgaben folgender/m Mitarbeiter\_in: \_\_\_\_\_

---

Datum, Unterschrift der Kitaleitung

---

**Mitarbeiter\_in der Kita:**

Ich übernehme freiwillig die Durchführung der o. a. medizinischen Hilfsmaßnahme.

Mir ist bekannt, dass bei vorsätzlichem oder grob fahrlässigem Verhalten Regressansprüche des Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung entstehen können. Grob fahrlässig handelt derjenige, der eine unentschuld bare Pflichtverletzung begeht, die das gewöhnliche Maß erheblich übersteigt.

Falls ich in Zukunft die Maßnahme nicht mehr durchführen kann oder will, werde ich die Personensorgeberechtigten und die Kitaleitung darüber unverzüglich schriftlich informieren.

---

Datum, Unterschrift der/des Mitarbeitenden