

**Aufgabenübertragung durch die Personenberechtigten an die Kindertageseinrichtung**

Hiermit übertrage ich/übertragen wir .....  
Name der Personenberechtigten

die Versorgung meines/unseren Kindes mit den vom Arzt/von der Ärztin verordneten Medikamenten während des KiTa-Aufenthaltes an

-----  
-----  
(Name/Namen der ermächtigten Person/Personen)

Soweit keine Freistellung von der Haftung durch die Unfallkasse Sachsen-Anhalt vorliegt, stelle ich die Kindertageseinrichtung sowie die ermächtigte Person oder die ermächtigten Personen von der Haftung, die im Zusammenhang mit der übernommenen Versorgung entstehen kann, frei.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Personenberechtigte

---

**Verordnung der Ärztin oder des Arztes**

Name des Kindes..... geb. am:.....

Die unten angeführten Medikamente dürfen in der Kindertageseinrichtung verabreicht werden und müssen zu den genannten Tageszeiten oder im angegebenen Fall wie folgt eingenommen/verabreicht werden:

	Name des Medikamentes	Uhrzeit	Art der Verabreichung	Dosis	Dauer der Einnahme
1.					
2.					
3.					

Besondere Hinweise des behandelnden Arztes in Bezug auf die Medikamentengabe:

.....  
.....  
.....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes

---

**Schweigepflichtsentbindung**

Den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin entbinde ich gegenüber \_\_\_\_\_  
Name der KiTa oder der ermächtigten Person/en  
insoweit von der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB, als es für die Verabreichung/Unterstützung bei der Verabreichung von Medikamenten notwendig ist.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Personenberechtigte