

**Aufgabenübertragung durch die Personenberechtigten an die Kindertageseinrichtung für die Gabe frei verkäuflicher Medikamente**

Hiermit übertrage ich/übertragen wir

.....

Name der Personenberechtigten

die Versorgung meines/unseren Kindes mit frei verkäuflichen 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

---

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 der Personensorgeberechtigten in Bezug auf die Medikamentengabe:

.....

.....

.....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Personensorgeberechtigten