

Ermächtigung der Eltern / Sorgeberechtigten zur Gabe der Anaphylaxie Notfallmedikamente Haftungs Ausschluss



Angaben zum Betreuungsort des Kindes

Name der Einrichtung

Straße:

PLZ/Ort:

Das Kind:

geboren am:

hat gemäß den Angaben im individuell ausgestellten Anaphylaxie-Notfallplan / Attest des behandelnden Arztes eine schwere Allergie. Die Durchführung der im Anaphylaxie-Notfallplan aufgeführten Maßnahmen sind daher bei der angegebenen Symptomatik und / oder ggf. sicherem Allergenkontakt notwendig.

Die Eltern / Sorgeberechtigten ermächtigen hiermit das Personal der o. g. Einrichtung, die im Anaphylaxie-Notfallplan beschriebenen Maßnahmen durchzuführen und die Medikamente entsprechend der beschriebenen Symptomatik zu verabreichen.

Zu diesem Zweck wurde

Frau / Herr: _____ am: _____

Frau / Herr: _____ am: _____

Frau / Herr: _____ am: _____

Name Erzieher/Lehrer

Datum

von

Name Eltern/ Sorgeberechtigte/ ggf. Arzt

eingewiesen und wird die Maßnahmen zur Behandlung des anaphylaktischen Notfalls durchführen mit (Medikamente):

Name der/des Medikamente/s

Aufbewahrungsort der/des Medikamente/s

Die o.g. Maßnahmen sind von der gesetzlichen Unfallversicherung abgesichert. Es besteht ein grundsätzlicher Haftungsausschluss bei Fahrlässigkeit. Regressansprüche sind demnach bei nicht vorsätzlichem Handeln ausgeschlossen.

Datum:

Erzieher/Kita-Leitung – Lehrer/ Schulleitung:

Erzieher/Kita-Leitung – Lehrer/ Schulleitung:

W999017