

Die Unfallkasse Hessen informiert (Stand: Mai 2017)

Vereinbarung über die Durchführung von medizinischen Hilfsmaßnahmen und die Verabreichung von Medikamenten sowie Aufgabenübertragung

nen, Anschrift und Telefonnummern der Erziehungsberechtigten	Foto
	Foto
	1000
lie	
Ort, Datum	
mpel der Kita)	
einbarung über die Durchführung von medizinischen Hilfsmaßnahmen/die Verabreichung von Medika mit beauftrage ich/beauftragen wir die im Folgenden genannten Bediensteten der o. a. Kita, an meine erem Sohn die nachfolgend bezeichnete ärztlich verordnete, medizinische Hilfsmaßnahme durchzufül sichtsbedingt oder wegen einer Behinderung die Maßnahme nicht selbst steuern oder vornehmen kan	r/unserer Tochter oder hren, weil sie oder er
cliche Verordnung	
gabe, welche medizinische Hilfsmaßnahme in der Kita angezeigt ist und Hinweise, was hierbei zu beac	hten ist):
dizinische Diagnose für das zu betreuende Kind Angabe einer medizinischen Diagnose ist nicht verpflichtend, kann jedoch im Notfall hilfreich sein):	



Tägliche Anwendungszeiten/Dauer:	
Notfallmaßnahmen, Besonderheiten für Medikamentenverabreichung, ggf	f. Nebenwirkungen:
Die Beauftragung ist bis zum (Datum einfügen) oder bi der ärztlichen Verordnung und ggf. der medizinischen Diagnose werde ich/	
Für den Zeitraum der Beauftragung ist die Kita berechtigt, Daten, die im Zusa	ammenhang mit dieser Vereinbarung stehen, zu speichern.
Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten	Datum/Stempel/Unterschrift behandelnder Arzt
Kitaleitung:	
Die oben beschriebene medizinische Hilfsmaßnahme übertrage ich der ode	er den Bediensteten
(Name eintragen) im Rahmen der dienstlichen Aufgaben.	
Datum, Unterschrift der Kitaleitung	
Bedienstete(r) der Kita:	
Ich übernehme freiwillig die Durchführung der o. a. medizinischen Hilfsmaß	Bnahme.
Mir ist bekannt, dass bei vorsätzlichem oder grob fahrlässigem Verhalten Resicherung entstehen können. Grob fahrlässig handelt derjenige, der eine ur wöhnliche Maß erheblich übersteigt.	
Falls ich in Zukunft die Maßnahme nicht mehr durchführen kann oder will, v tung darüber unverzüglich schriftlich informieren.	werde ich die Personensorgeberechtigten und die Kitalei-
Datum, Unterschrift der/des Bediensteten	