

## Notfallmedikation von Kindern in der Kita

Es empfiehlt sich, den Beitrag „Notfallmedikation von Kindern in der Kita“ im Heft 02/2021 der KiTa aktuell von den Eltern als Basisinformation und -vereinbarung der Notfallmedikation mit nachfolgendem Zusatz unterschreiben zu lassen.

Ich bestätige/Wir bestätigen, dass ich/wir die vorstehenden Informationen im Interesse meines/unseres Kindes zur Kenntnis genommen habe/n und akzeptiere/n sowie den sich daraus für mich/uns ergebenden Pflichten und Aufgaben nachkommen werde/n.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

Die einzelnen Abschnitte des nachfolgenden Musterformulars müssen dann von den dort jeweils benannten Personen (Arzt/Ärztin, Personensorgeberechtigte, Mitarbeiter\*in, Einrichtungsleitung) vollständig ausgefüllt und unterschrieben werden.

# Muster-Formular: Medikamentengabe

## A. Allgemeine Angaben durch die Eltern

Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes

---

Anschrift des Kindes

---

Ansprechperson(en) (im Regelfall sind dies die Sorgeberechtigten) und deren Kontaktdaten für Rückfragen seitens der Kindertageseinrichtung oder dem/der zur Notfallmedikation ermächtigten Mitarbeiter\*in

---

---

Ich bestätige/Wir bestätigen, dass die zuvor genannte/n Ansprechperson/en unter den genannten Kontaktdaten während der Betreuungszeit sowie bei anderen Kitaveranstaltungen (Tagesausflüge etc.) jederzeit erreichbar und ermächtigt ist/sind, über die Medikamentengabe an unser Kind verbindliche Entscheidungen zu treffen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

## B. Aufgabenübertragung durch die Eltern

Hiermit übertrage ich/übertragen wir die Versorgung meines/unseres Kindes mit den ärztlich verordneten Notfallmedikamenten während der Betreuungszeit in der Kindertageseinrichtung an

---

(Name der/des ermächtigten Mitarbeiters bzw. Mitarbeiterin)

---

(Name der/des ermächtigten Mitarbeiters bzw. Mitarbeiterin)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

### C. Schweigepflichtentbindung durch die Eltern

Den behandelnden Arzt entbinde/n ich/wir gegenüber

\_\_\_\_\_

(Name der / des Einrichtungsleitung)

\_\_\_\_\_

(Name der/des ermächtigten Mitarbeiters bzw. Mitarbeiterin)

\_\_\_\_\_

(Name der/des ermächtigten Mitarbeiters bzw. Mitarbeiterin)

insoweit von der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB, als es für die Gabe von Medikamenten im Rahmen einer Notfallsituation erforderlich ist.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

#### D. Verordnung der Ärztin oder des Arztes

Name und Vorname des Kindes:

---

geb. am:

---

Das unten angeführte Notfallmedikament darf in der Kindertageseinrichtung bei Auftreten der genannten Beschwerden verabreicht werden:

|    |   |  |
|----|---|--|
| 1. | Name des Medikamentes:  |  |
| 2. | Das Medikament soll bei Auftreten folgender präzise zu bezeichnender Symptome verabreicht werden: |  |
| 3. | Form der Verabreichung:   |  |
| 4. | Dosierung:  |  |
| 5. | Wie ist bei Verweigerung des Medikaments durch das Kind zu verfahren?                             |  |
| 6. | Auf welche Risiken und Nebenwirkungen ist zu achten und wie ist dann zu verfahren?                |  |
| 8. | Lagerungshinweise:  |  |
| 9. | Was ist bzgl. der Verständigung des Rettungsdienstes/Notarztes zu beachten?                       |  |

Zusätzlich Hinweise, die für die Mitarbeiter\*innen bei der Notfallversorgung mit dem Medikament aus ärztlicher Sicht relevant sind:

---

---

---

.....  
Ort, Datum

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

**E. Bestätigung der freiwilligen Unterstützung durch den Mitarbeiter**

Hiermit bestätige ich, dass ich die Aufgabe der Notfallmedikation des unter A. genannten Kindes auf freiwilliger Basis übernehme.

\_\_\_\_\_  
(Name des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
(Name des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

**F. Kenntnisnahme und Bestätigung der Einrichtungsleitung**

Gegen die vorbezeichnete freiwillige Unterstützung bestehen meinerseits keine organisatorischen oder personellen Bedenken.

\_\_\_\_\_  
(Name der Einrichtungsleitung)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift / Einrichtungsstempel

## Dokumentation der Medikamentengabe

Name des Kindes:

---

Bezeichnung des Medikamentes:

---

Verabreichungsform (Tropfen, Tabletten etc.):

---

Ich habe dem Kind folgendes Notfallmedikament verabreicht:

| Datum und Uhrzeit | Symptome/Beschwerden | Dosis<br>(nur bei Dosierung / Vergabe) | Unterschrift | Anmerkungen<br>(z.B. Notarzt gerufen,...) |
|-------------------|----------------------|--|--------------|---|
|                   |                      |  |              |   |
|                   |                      |  |              |   |

Obwohl diese Handreichung mit größter Sorgfalt erstellt wurde, übernimmt der Autor für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte keine Gewähr. Sie ersetzt insbesondere keine Rechtsberatung, sondern beinhaltet „nur“ allgemeine Hinweise. Mögliche landesspezifische Regelungen sind in der Handlungsempfehlung nicht dargestellt.