

# Ermächtigung der Eltern / Sorgeberechtigten zur Gabe der Anaphylaxie Notfallmedikamente Haftungsausschluss



\_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

Das Kind \_\_\_\_\_ geb. 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_  
(Name Erzieherinnen / Lehrerinnen) (Datum)

von \_\_\_\_\_  
(Name Eltern / Sorgeberechtigte / ggf. Arzt)

eingewiesen und wird die Maßnahmen zur Behandlung des anaphylaktischen Notfalls durchführen mit

\_\_\_\_\_  
(Medikamente)

Aufbewahrungsort: \_\_\_\_\_

**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

\_\_\_\_\_  
Erzieherin / Kita-Leitung – Lehrer / Schulleitung

\_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigte / ggf. Arzt