**Familienergänzendes Betreuungsangebot FeBa**

**Haftungsbefreiung bei Verabreichung von Medikamenten etc. durch das FeBa-Personal**

|  |  |
| --- | --- |
| *Name/Vorname Kind:* |  |
| *Besucht das FeBa in:* |  |

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte

Aufgrund gesundheitlicher Probleme oder Allergien Ihres Kindes haben Sie das Betreuungspersonal gebeten, Ihrem Kind Medikamente zu verabreichen. Aus rechtlichen Gründen bitten wir Sie, dieses Formular auszufüllen und es mit der FeBa-Betreuungsvereinbarung der Abteilung Bildung einzureichen.

Bitte haben Sie Verständnis, dass das Betreuungspersonal trotz bestem Einsatz nicht für eine lückenlose medizinische Überwachung Ihres Kindes besorgt sein kann.

### Krankheiten und Allergien

Muss Ihr Kind regelmässig Medikamente einnehmen (geben Sie, wenn nötig, auch Dosierung und Einnahmezeit an) oder leidet es unter Allergien (auch Lebensmittelallergien) oder anderen Krankheiten?

|  |  |
| --- | --- |
| Medikamente: | |
| Allergien: |
| Andere Krankheiten: |

Leidet das Kind unter Atemwegserkrankungen (Asthma, Bronchitis, Hyperventilieren, etc.)?  
Falls ja:

Welche?

|  |
| --- |
| Benützt es einen Spray? |

Dürfen im Falle von Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, o. ä. rezeptfreie Medikamente abgegeben werden?

❑ Ja ❑ Nein ❑ Bemerkung:

|  |
| --- |
|  |
|  |

Gibt es noch weitere Massnahmen, die getroffen werden müssen?

**Haftungsbefreiung**

Das FeBa-Personal lehnt jede Verantwortung für nachträgliche Folgen ab, sollten Komplikationen auftreten. Sie können nicht dafür haftbar gemacht werden, wenn es aufgrund einer Medikamentengabe im FeBa zu einem Unfall und Notfall mit Personenschaden kommt.

Die Eltern verzichten auf alle Schadenersatzansprüche gegen das FeBa-Personal.

Datum/Ort: …………………………………………….. Unterschrift: ……………………………………………………………..