

Anlage 2: Muster - Medikamentengabe

Name, Vorname des Kindes

Geburtstag

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

	----- Name des Medikaments	----- Name des Medikaments
Morgens	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
Mittags	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
Nachmittags	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
Bemerkung /Dauer der Einnahme		

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes / der Ärztin

	----- Name des Medikaments	----- Name des Medikaments
Besondere Gebrauchshinweise		

Sonstiges

