

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

