



Medikamenteneinnahme

Vorname: _____ Nachname: _____ Sozialversicherungsnummer: _____

Medikament (kompletter Name und Wirkstärke/Wirkstoffmenge)	Darreichung (betreffendes ankreuzen)	Intervall (betreffendes ankreuzen)	Dosierung (Anzahl / Menge, der Tabletten, Tropfen,...)				
			Wenn bei Bedarf, Bedarfsfall?	Früh	Mittag	Abend	Nacht
	<input type="checkbox"/> Tablette <input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____					
	<input type="checkbox"/> Tablette <input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____					
	<input type="checkbox"/> Tablette <input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____					

Hiermit bestätige ich, dass die oben genannten Medikamente ärztlich verordnet wurden und im Zeitraum _____ von Personen des Leitungsteams, verabreicht werden dürfen:

(Name der erziehungsberechtigten Person)

(Unterschrift der erziehungsberechtigten Person)