



Regelmäßige Medikamenteneinnahme

Name des Kindes: _____

Schuljahr: _____

Klasse: _____

Unser/Mein Kind hat aufgrund einer Erkrankung bzw. Allergie vom Arzt ein Medikament verschrieben bekommen, das es zu Hause regelmäßig einnehmen muss. Eine Einnahme in der Schule ist nicht notwendig.

Name des Medikaments: _____

Dosierung: _____

Indikation: _____

Sollten sich Änderungen ergeben, teilen wir/teile ich dies umgehend mit.

Dieses Blatt zur regelmäßigen Medikamenteneinnahme muss bei Veränderungen, mindestens aber jährlich zu Schuljahresbeginn, erneuert werden..

Datum: _____

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten: _____