

Ärztliche Bestätigung der Medikamenteneinnahme

Die Schülerin / der Schüler

_____ bekommt aktuell folgende Medikamente:

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Regelmedikation

Medikament	1.	2.	3.
Dosierung (mg/ml)			
Uhrzeit (morgens/mittags/abends)			
Mögliche Nebenwirkungen (evtl. Beipackzettel anheften)			

Notfallmedikation

Medikament	1.	2.
Dosierung (mg/ml)		
Bei welchem Ereignis? Nach welcher Zeit?		
Wichtiges zu beachten? Handhabung		
Mögliche Nebenwirkungen (evtl. Beipackzettel anheften)		

Anmerkungen:

(Weitere Anmerkungen siehe Rückseite ↵)

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Stempel, Unterschrift Kinder-/Hausarzt/in

