

Name des Kindes: _____

geb. am: _____

Medikamentenliste - Medikamentengabe durch das Mitarbeiterteam

1. Name des Medikaments: _____

| | | | | |
|------------------|----------------|------------------|----------------|------------------|
| Einnahme: | Morgens | Uhrzeit: _____ | Mittags | Uhrzeit: _____ |
| | | Dosierung: _____ | | Dosierung: _____ |
| | Abends | Uhrzeit: _____ | | Uhrzeit: _____ |
| | | Dosierung: _____ | | Dosierung: _____ |

Hinweise: (Lagerung, Verabreichung, ...) _____

2. Name des Medikaments: _____

| | | | | |
|------------------|----------------|------------------|----------------|------------------|
| Einnahme: | Morgens | Uhrzeit: _____ | Mittags | Uhrzeit: _____ |
| | | Dosierung: _____ | | Dosierung: _____ |
| | Abends | Uhrzeit: _____ | | Uhrzeit: _____ |
| | | Dosierung: _____ | | Dosierung: _____ |

Hinweise: (Lagerung, Verabreichung, ...) _____

3. Name des Medikaments: _____

| | | | | |
|------------------|----------------|------------------|----------------|------------------|
| Einnahme: | Morgens | Uhrzeit: _____ | Mittags | Uhrzeit: _____ |
| | | Dosierung: _____ | | Dosierung: _____ |
| | Abends | Uhrzeit: _____ | | Uhrzeit: _____ |
| | | Dosierung: _____ | | Dosierung: _____ |

Hinweise: (Lagerung, Verabreichung, ...) _____

4. Name des Medikaments: _____

| | | | | |
|------------------|----------------|------------------|----------------|------------------|
| Einnahme: | Morgens | Uhrzeit: _____ | Mittags | Uhrzeit: _____ |
| | | Dosierung: _____ | | Dosierung: _____ |
| | Abends | Uhrzeit: _____ | | Uhrzeit: _____ |
| | | Dosierung: _____ | | Dosierung: _____ |

Hinweise: (Lagerung, Verabreichung, ...) _____

Ort, Datum, Unterschrift der / des Sorgeberechtigten

Ort, Datum, Unterschrift, Stempel des behandelnden Arztes