

Verabreichung von täglichen Medikamenten

Name und Vorname des Kindes: _____ Gruppe: _____

Name des Medikaments: _____ Menge und Häufigkeit: _____

Wie verabreichen?: _____ Für welche Krankheit: _____

Datum: _____ Unterschrift der Eltern: _____

Antibiotische Medikamente werden nur in ihrer Originalverpackung mit Angabe der Dosierung sowie des Datums akzeptiert.

Verabreicht durch: _____ Datum/Zeit: _____

Dieses Formular ist einen Tag gültig und nicht erneuerbar.

Verabreichung von täglichen Medikamenten

Name und Vorname des Kindes: _____ Gruppe: _____

Name des Medikaments: _____ Menge und Häufigkeit: _____

Wie verabreichen?: _____ Für welche Krankheit: _____

Datum: _____ Unterschrift der Eltern: _____

Verabreicht durch: _____ Datum/Zeit: _____

Antibiotische Medikamente werden nur in ihrer Originalverpackung mit Angabe der Dosierung sowie des Datums akzeptiert.

Dieses Formular ist einen Tag gültig und nicht erneuerbar.