

# Medikamentengabe I

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes

\_\_\_\_\_  
Vorname des Kindes:

\_\_\_\_\_  
Geburtstag des Kindes:

*Folgende Medikamente müssen dem o.g. Kind zu den genannten Tages/Uhrzeiten/ bei entsprechenden Beschwerden verabreicht werden:*

	Name des Medikaments _____ _____	Name des Medikaments _____ _____	Name des Medikaments _____ _____
Morgens	_____ Uhrzeit  _____ Dosierung	_____ Uhrzeit  _____ Dosierung	_____ Uhrzeit  _____ Dosierung
Mittags	_____ Uhrzeit  _____ Dosierung	_____ Uhrzeit  _____ Dosierung	_____ Uhrzeit  _____ Dosierung
Nachmittags	_____ Uhrzeit  _____ Dosierung	_____ Uhrzeit  _____ Dosierung	_____ Uhrzeit  _____ Dosierung

