

Medikamentenzettel

Für (Name, Vorname) des Kindes: _____

Name des Medikamentes:			
Art des Medikamentes: (z.B. Schmerzmittel etc.)			
Anwendung...	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> nach Ermessen der Betreuer <input type="checkbox"/> nach Ermessen des Kindes	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> nach Ermessen der Betreuer <input type="checkbox"/> nach Ermessen des Kindes	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> nach Ermessen der Betreuer <input type="checkbox"/> nach Ermessen des Kindes
Dosierung: (Menge, Zeitpunkt etc.)			
Besondere Hinweise:			