

Medikamentenliste

Hiermit erteile ich, _____ (Name des Erziehungsberechtigten)

_____ (Name der bevollmächtigte Person), die Erlaubnis,

mein Kind _____, an die Medikamente zu erinnern.

_____ Datum , Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Mein Kind _____ nimmt folgende Medikamente:

Zeit	Montag:	Dienstag:	Mittwoch:	Donnerstag:	Freitag:
Morgens					
Mittags					
Abends					
Nachts					

Besonderheiten der Medikamente: