

## 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: