

Medikamentenblatt

Liebe Eltern

Bitte füllen Sie diesen Zettel mit den korrekten Daten über ihr Kind aus. Herzlichen Dank.
Bei Fragen wende sie sich an Nathalie Bucher 079 907 30 08.

Pflicht!!!

Name & Vorname			
Klasse		Geburtsdatum	
Adresse			
Telefon (Mobil)	Mutter:	Nummer:	
Telefon (Mobil)	Vater:	Nummer:	
Krankenkasse			

Zeckenimpfung (FSME)	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA, letzte Dosis _____
Allergien mit Symptomen		

Nur wenn nötig!!

Beschreibung der Krankheit/ Unfall:

Besonderheiten:

Medikamentenanwendung/ Medikamentendosis

Name des Medikament:	mg/ml	Art des Medikaments	Morgen	Mittag	Abend	Nacht

Datum: _____ Unterschrift Eltern: _____