

Medikamenten-Erklärung

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Notfallnummer: _____

Medikamente müssen wie beschrieben verabreicht werden:

Medikament	Dauer und Häufigkeit	Einnahme	Dosierung	Lagerung
Name: Art: <input type="radio"/> Tropfen <input type="radio"/> Tabletten <input type="radio"/> Saft <input type="radio"/> Inhalator <input type="radio"/> Sonstiges:	Regelmäßig von: ____ . ____ .20 ____ bis ____ . ____ .20 ____ _____ x täglich <input type="radio"/> morgens um ____ Uhr <input type="radio"/> mittags um ____ Uhr <input type="radio"/> abends um ____ Uhr <input type="radio"/> vor dem Essen <input type="radio"/> nach dem Essen <input type="radio"/> Sonstiges: <input type="radio"/> Notfall: Beschreibung Symptome und Verhalten im Notfall	<input type="radio"/> Tropfen unverdünnt <input type="radio"/> Tropfen verdünnt <input type="radio"/> Tabletten ganz <input type="radio"/> Tabletten zerstoßen <input type="radio"/> Sonstiges:		

Behandelnder Arzt:

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

Ort, Datum, Unterschrift, u. Stempel Arzt: _____

Hiermit ermächtige ich, _____

die Betreuerinnen _____

das oben genannte Medikament wie beschrieben zu verabreichen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift Sorgeberechtigten: _____
