

Medikamentengabe Erklärung der Ärztin/des Arztes

Praxis: _____

Vorname/Name des Kindes: _____

Geb.-Datum: _____

Dauer der Medikation „akut“ von _____ bis _____

Dauertherapie (muss mindestens alle 6 Monate von der Ärztin/dem Arzt erneut gegengezeichnet werden)

Notfallmedikation bei folgenden Symptomen:

Verfahrensweise im Notfall:

Nebenwirkungen:

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

	1.	2.	3.
	Name des Medikaments	Name des Medikaments	Name des Medikaments
morgens	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
	besondere Gebrauchshinweise:	besondere Gebrauchshinweise:	besondere Gebrauchshinweise:

	1.	2.	3.
	Name des Medikaments	Name des Medikaments	Name des Medikaments
mittags	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
	besondere Gebrauchshinweise:	besondere Gebrauchshinweise:	besondere Gebrauchshinweise:

	1.	2.	3.
	Name des Medikaments	Name des Medikaments	Name des Medikaments
abends	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
	besondere Gebrauchshinweise:	besondere Gebrauchshinweise:	besondere Gebrauchshinweise:

Weitere Hinweise:

Datum

Unterschrift/Stempel der Ärztin/des Arztes

Das Formular kann auch für die Bestätigung von Lebensmittelunverträglichkeiten genutzt werden.