

Medikamentenzettel für _____

Gruppenleiter (falls bereits bekannt) _____

Regelmäßig einzunehmende Medikamente

Name: Morgens Mittags Abends Zur Nacht

| | | | | | |
|-------|---|-------|-------|-------|-------|
| _____ | : | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | : | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | : | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | : | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | : | _____ | _____ | _____ | _____ |

Bedarfsmedikamente/Besonderheiten

Bitte tragen sie die dauerhaft zu gebenden Medikamente in die obige Liste ein. Dadurch fällt es uns wesentlich leichter, den Überblick zu behalten. Beschriften Sie optimalerweise die Packung mit Namen des Kindes und geben Sie Beides mit den persönlichen Dingen Ihres Kindes am Bus ab.

Bedarfsmedikamente (z.B. bei Allergie oder Asthma) geben Sie bitte in die unteren Spalten ein. Besonderheiten, wie z.B. ein vorzeitiges Absetzen des Medikaments können Sie auch dort eintragen. Vielen Dank!