

Medikamentengabe

Aufgabenübertragung an folgende Person/en: _____

Name des Kindes:	_____
Schulklasse:	_____
Medikament: (Name der Arznei)	_____

Verabreichung

Dosierung: _____
(Welche Menge pro Einnahme)

Art der Anwendung: _____
(Auftragen, Schlucken, etc.)

Zeitliche Vorgabe: _____
(Wann und wie häufig pro Tag?)

Wechselwirkungen: _____
(Was ist zu beachten?)

Ärztliche Verordnung: liegt vor liegt nicht vor

Name des Arztes: _____

Telefon – Nr. des Arztes: _____

Besondere Lagerung: _____
(Grundsätzlich nicht über 25 °C)

Besondere Hinweise: _____

Zeitraum der Aufgabenübertragung: _____

Der Name des Kindes ist auf dem Medikament vermerkt.

(Unterschrift Sorgeberechtigte)