**Medikamentenblatt**

**Liebe Eltern**

**Bitte füllen Sie diesen Zettel mit den korrekten Daten über ihr Kind aus. Herzlichen Dank.**

**Pflicht!!!**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname**  |  |
| **Klasse** |  |
| **Adresse** |  |
| **Telefon (Mobil)**  | **Mutter: Nummer:** |
| **Telefon (Mobil)** | **Vater: Nummer:** |
| **Krankenkasse Nr.** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zeckenimpfung (FSME)**  | **O NEIN O JA, letzte Dosis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Allergien** |  |

**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**