

Medikamente

Name des Kindes: _____

Name des Medikaments: _____

Verwendungszweck: _____

Häufigkeit: 1x täglich 2x täglich 3x täglich 4x täglich bei Bedarf

Menge _____
Zeitpunkt morgens mittags nachmittags abends bei Bedarf
 vor dem Essen nach dem Essen zum Essen

Bemerkungen: _____

Medikamente

Name des Kindes: _____

Name des Medikaments: _____

Verwendungszweck: _____

Häufigkeit: 1x täglich 2x täglich 3x täglich 4x täglich bei Bedarf

Menge _____
Zeitpunkt morgens mittags nachmittags abends bei Bedarf
 vor dem Essen nach dem Essen zum Essen

Bemerkungen: _____

Medikamente

Name des Kindes: _____

Name des Medikaments: _____

Verwendungszweck: _____

Häufigkeit: 1x täglich 2x täglich 3x täglich 4x täglich bei Bedarf

Menge _____
Zeitpunkt morgens mittags nachmittags abends bei Bedarf
 vor dem Essen nach dem Essen zum Essen

Bemerkungen: _____

Medikamente

Name des Kindes: _____

Name des Medikaments: _____

Verwendungszweck: _____

Häufigkeit: 1x täglich 2x täglich 3x täglich 4x täglich bei Bedarf

Menge _____
Zeitpunkt morgens mittags nachmittags abends bei Bedarf
 vor dem Essen nach dem Essen zum Essen

Bemerkungen: _____
