



BEWILLIGUNG EINER MEDIKAMENTENABGABE

Name und Vorname des Kindes :

Name des Medikamentes :

Dosierung :

DDauer der Behandlung :

Grund der Behandlung :

Bemerkungen :

Name und Vorname gesetzl. Vertreter :

Datum :

Handschriftliche Unterschrift gesetzl. Vertreter :

Ihre Unterschrift einfügen (Bild) oder ausdrucken und handschriftlich unterschreiben