

# Medikamenteneinnahme von SchülerInnen

Bitte in Druckschrift ausfüllen

Name des Kindes: ..... Geb.-Datum .....

Name des Erz.-Berechtigten: .....

Adresse .....

Ständig erreichbare Tel-Nr. ....

Hausarzt: ..... Tel-Nr. ....

Krankenkasse: .....

Bei mehreren Medikamenten bitte genaue Anweisungen auf dieser Rückseite notieren!

**Medikament / Dosierung:** .....

.....

## Mein Kind muss während der Schulzeit

**k e i n** Medikament einnehmen

folgendes Medikament einnehmen

Bitte Uhrzeit und Menge mit angeben – sowie ein ärztliches Attest,  
ohne Attest dürfen wir keine Medikamente verabreichen.

.....

.....

.....

Sonstiges zu beachten, wie z.B. Allergien, Anfallsleiden, Blutungsneigung

.....  
(Datum

Unterschrift)