

**Selbständige Einnahme von
Medikamenten:**

Unsere Tochter/unsere Sohn nimmt folgende Medikamente selbständig ein:

Medikament:			
Dosierung:			
Uhrzeit:			

Das Medikament wird an folgendem Ort:

..... gelagert

Ort und Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten