



Dosierungsanweisung für die Einnahme von wichtigen Medikamenten

Bitte schreiben Sie auf die Medikamente oder die Verpackung ihren Namen,
um Verlust / Verwechslung zu vermeiden !

Mein Kind _____ muss folgende unten aufgeführte Medikamente einnehmen.

(1.) Dosierungsanweisung für:

Name des (1.) Medikamentes

- | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kapseln | Menge/Dosis _____ | <input type="checkbox"/> morgens | <input type="checkbox"/> mittags | <input type="checkbox"/> abends |
| <input type="checkbox"/> Tropflösung | Menge/Dosis _____ | <input type="checkbox"/> morgens | <input type="checkbox"/> mittags | <input type="checkbox"/> abends |
| <input type="checkbox"/> Inhalation | Menge/Dosis _____ | <input type="checkbox"/> morgens | <input type="checkbox"/> mittags | <input type="checkbox"/> abends |
| <input type="checkbox"/> Spritze | Menge/Dosis _____ | <input type="checkbox"/> morgens | <input type="checkbox"/> mittags | <input type="checkbox"/> abends |

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der oben (1.) angegebenen Medikation.

Ort/Datum	Name	Unterschrift
-----------	------	--------------

(2.) Dosierungsanweisung für:

Name des (2.) Medikamentes

- | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kapseln | Menge/Dosis _____ | <input type="checkbox"/> morgens | <input type="checkbox"/> mittags | <input type="checkbox"/> abends |
| <input type="checkbox"/> Tropflösung | Menge/Dosis _____ | <input type="checkbox"/> morgens | <input type="checkbox"/> mittags | <input type="checkbox"/> abends |
| <input type="checkbox"/> Inhalation | Menge/Dosis _____ | <input type="checkbox"/> morgens | <input type="checkbox"/> mittags | <input type="checkbox"/> abends |
| <input type="checkbox"/> Spritze | Menge/Dosis _____ | <input type="checkbox"/> morgens | <input type="checkbox"/> mittags | <input type="checkbox"/> abends |

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der oben (2.) angegebenen Medikation.

Ort/Datum	Name	Unterschrift
-----------	------	--------------