

# Medikamentenplan für:

---

Name des Kindes

Medikament	Morgens	Mittags	Abends

NOTFALLMEDIKAMENT	Anwendung

Ein/oder mehrere Medikamente unterliegen dem Betäubungsmittelgesetz

Ja

Bescheinigung des Arztes/Gesundheitsamtes für Auslandsfahrten liegt vor

Nein

Das Leitungsteam der DPSG Altenbochum darf unserer/m Tochter/Sohn ihre/seine Medikamente verabreichen.

Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

---