



Nachname : _____

Vorname : _____

Medikationsplan für ärztlich verordnete Medikamente

Name Medikament	Grund	Einheit (1 Tablette etc.)	Morgen	Mittags	Abends	Bemerkung (z.B. vor dem Schlafen/nach der Mahlzeit etc.)

Medikationsplan für Bedarfsmedikation

Name Medikament	Grund	Einheit (1 Tablette etc.)	Morgen	Mittags	Abends	Bemerkung (z.B. vor dem Schlafen/nach der Mahlzeit etc.)

Ich/Wir übernehme/n die volle Verantwortung/Haftung für die angewiesenen Medikamentengaben laut diesem Plan. Auf diesem Plan nicht eingetragene Medikamente werden nicht verabreicht.

Datum und Unterschrift **aller** Erziehungsberechtigten