

## Personal- und Gesundheitsbogen

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Mein Kind muss folgende Medikamente einnehmen:

<b>Name des Medikaments:</b> _____			
Einnahme:	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> muss mitgeführt werden
Falls regelmäßig, wann?	_____		
	<input type="checkbox"/> vor dem Essen	<input type="checkbox"/> während des Essens	<input type="checkbox"/> nach dem Essen
Dosierung:	_____		
Zusätzliche Informationen:			

<b>Name des Medikaments:</b> _____			
Einnahme:	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> muss mitgeführt werden
Falls regelmäßig, wann?	_____		
	<input type="checkbox"/> vor dem Essen	<input type="checkbox"/> während des Essens	<input type="checkbox"/> nach dem Essen
Dosierung:	_____		
Zusätzliche Informationen:			

<b>Name des Medikaments:</b> _____			
Einnahme:	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> muss mitgeführt werden
Falls regelmäßig, wann?	_____		
	<input type="checkbox"/> vor dem Essen	<input type="checkbox"/> während des Essens	<input type="checkbox"/> nach dem Essen
Dosierung:	_____		
Zusätzliche Informationen:			