

Personal- und Gesundheitsbogen

Name des Kindes: _____

Mein Kind muss folgende Medikamente einnehmen:

Name des Medikaments: _____
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:

Name des Medikaments: _____
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:

Name des Medikaments: _____
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: