



BEWILLIGUNG EINER MEDIKAMENTENABGABE

Name und Vorname des Kindes:

.....

Name des Medikamentes:

.....

Dosierung :

.....

Dauer der Behandlung:

.....

Grund der Behandlung:

.....

Bemerkungen:

.....

Name und Vorname gesetzl. Vertreter :

.....

Datum und **Unterschrift** gesetzl.

Vertreter :

Freiburg, den

.....