

## **BEWILLIGUNG EINER MEDIKAMENTENABGABE**

Name und Vorname des Kindes :

Name des Medikamentes :

Dosierung :

DDauer der Behandlung :

Grund der Behandlung :

Bemerkungen :

Name und Vorname gesetzl. Vertreter :

Datum :

**Handschriftliche Unterschrift** gesetzl. Vertreter :

*Ihre Unterschrift einfügen (Bild) oder ausdrucken und handschriftlich unterschreiben*