



**Bescheinigung über die Abgabe eines Medikaments in einer FEE-Einrichtung**

Name des Medikaments: \_\_\_\_\_

Einnahmedauer: \_\_\_\_\_

	<b>Montag</b>	<b>Dienstag</b>	<b>Mittwoch</b>	<b>Donnerstag</b>	<b>Freitag</b>
<b>Dosierung Morgen</b>					
<b>Dosierung Mittag</b>					
<b>Dosierung Nachmittag</b>					

Eine Medikamentenabgabe erfolgt ausdrücklich nur auf Wunsch der Eltern.

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

**Familienname:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift einer erziehungsberechtigten Person