

Medikamententabelle für _____ (Name des Teilnehmers)

Medikament	Dosis	Morgens	Mittags	Abends

Chronische Beschwerden : _____

Bei Frauen Monatsblutung: _____

Mögliche Krankheitssymptome z.B. Allergien (auch Lebensmittelallergien), epileptische Anfälle.

Ort, _____ Datum, _____

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten _____