

<b>Mein Kind:</b>					
<b>bekommt diese Medikamente:</b>			<b>Morgen</b>	<b>Mittag</b>	<b>Abend</b>
<b>Bei Bedarf bekommt er/sie:</b>	<b>Medikament:</b>	<b>Symptome:</b>			

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten