

Regiomontanus-Grundschule 97486 Königsberg

Sehr geehrte Eltern,

falls Ihr Kind während seines Aufenthaltes an unserer Schule regelmäßig Medikamente einnehmen muss und dies von unseren Lehrern beaufsichtigt werden soll, füllen Sie bitte unten stehenden Abschnitt aus und geben Sie diesen unterschrieben beim Klassenleiter ab.

Mit freundlichen Grüßen,

E.Eichler, Schulleiterin

.....

Medikamenteneinnahme

Klasse: _____

Name des Schülers/ der Schülerin: _____

Wohnort: _____ Telefonnummer: _____

Medikament: _____ (Angabe freiwillig)

Einnahmezeitpunkt: _____ Uhr, _____ Uhr

Dosierung: * ½ Tablette - 1 Tablette - 2 Tabletten - anderes _____

* Zutreffendes bitte farbig markieren bzw. nicht zutreffendes durchstreichen!

Einnahmedauer: Voraussichtlich bis zum _____

Datum: _____

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten: _____