

# Gesundheitsbogen

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

**Erklärung:** Mein Sohn/meine Tochter hat eine Krankheit/eine Allergie, die die regelmäßige Einnahme von Medikamenten erfordert. Im Folgenden sind Name des Medikaments sowie die erforderliche Dosierung aufgeführt. Ich gestatte den Betreuerinnen Celina Hörnschemeyer und Sandra Gründler, meinem Sohn/meiner Tochter die Medikamente in der von mir angegebenen Dosis zu verabreichen.

Medikament	Dosierung			
	Rhythmus (z. B. tägl., 2-tägl.)	morgens	mittags	abends

## Allergien/Notfallmedikamente und Unverträglichkeiten

---

---

---

**BITTE SÄMTLICHE MEDIKAMENTE INKLUSIVE VERPACKUNG UND BEILAGE ABGEBEN!!**

Meine Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit.

Hollage, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten