

Medikamenten- / Krankheiten-Liste

Name:

Geburtsdatum:

Krankheitsbild (Name der Erkrankung):

Medikation (Regelmäßige Medikamenteneinnahme/ Notfallmedikament ...):

Bitte entsprechend ankreuzen:

Einnahme selbstständig, keine Überwachung notwendig	<input type="checkbox"/>	Einnahme selbstständig, Überwachung vom Betreuer gewünscht	<input type="checkbox"/>	Einnahme unter Anwesenheit eines Betreuers erwünscht	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------

Sonstiges / Beachtenswertes:

Datum:

Unterschrift der Erziehungsberechtigten:
