

Dokumentation der Medikamentengabe

Name der Schülerin / des Schülers: _____

Bezeichnung des Medikamentes¹: _____

Verabreichungsform (Tropfen, Tabletten etc.): _____

Art der medizinischen Unterstützungsleistung: Erinnern / Dosierung / Vergabe

Die / Der oben genannte Schülerin / Schüler wurde von mir bei der Medikamentengabe wie folgt unterstützt:

| Datum | Uhrzeit | Erinnerung | Dosis (nur bei Dosierung / Vergabe) | Unterschrift | Anmerkungen |
|-------|---------|------------|--|--------------|-------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

¹ Es wird empfohlen, für jedes Medikament jeweils einen Dokumentationsbogen zu führen.