



Medizinisches Beiblatt

Teilnehmer: Name: _____

Die Medikamenteneinnahme erfolgt:

- selbständig
- unter Aufsicht
- es müssen keine Medikamente eingenommen werden

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Falls Allergiker evtl. Notfallmedikament: _____

Falls Epileptiker evtl. Notfallmedikament: _____

Sonstige Anmerkungen: _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift (evtl. Betreuer)