

Ärztliche Verordnung zur Medikamentengabe

Name/Vorname des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Behandelnder Arzt _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Folgendes Medikament muss zu den genannten Tageszeiten verabreicht werden:

Name des Medikamentes	Einnahmezeit (Uhr/Tagszeit)	Dosierung	Dauer der Behandlung	Bemerkung

Besondere Gebrauchs-, Lagerungs- oder Dosierungshinweise:

Sonstiges:

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des behandelnden Arztes

Lokales Bündnis für Familie Braunschweig e.V.

Am Fallersleber Tore 3-4
38100 Braunschweig
Telefon 0531 389 69 98

www.bsbff.de
info@bsbff.de

Nord/LB Girozentrale
IBAN DE72 2505 0000 0199 8875 71
BIC NOLADE2HXXX

Schirmherrschaft:
Oberbürgermeister der Stadt
Braunschweig

Initiatoren:

Deutscher Gewerkschaftsbund · AOK – Die Gesundheitskasse · Bundesagentur für Arbeit Braunschweig · Arbeitgeberverband Region Braunschweig · Beratungs- und Koordinationsstelle Frau und Beruf – VHS Braunschweig · Clicclac – Das Familienmagazin · Verband alleinerziehender Mütter und Väter