**Ärztliche Verordnung**\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name des Kindes | SVNR | Geburtsdatum |

1. **DAUERMEDIKATION:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medikament** | **Darreichung** | **Dosis**  | **Uhrzeit** | **Uhrzeit** | **Uhrzeit** |
| Tablette | Tropfen | Saft | Pulver |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **MEDIKATION bei Krampfanfällen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Medikament** | **Dosis** | **Verabreichung** (oral/bukal/rektal) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* **Erscheinungsbild des Krampfanfalls:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

* **Gabe erfolgt nach \_\_\_\_\_\_\_ Minuten!**
* **Rettung wird verständigt!**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Datum Unterschrift & Stempel behandelnder Arzt