



# Kinder mit chronischen Erkrankungen

Name: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Bild  
einkleben

Art der Erkrankung: \_\_\_\_\_

Zuständiger Arzt (Telefon): \_\_\_\_\_

Name und Telefonnummer der Eltern: \_\_\_\_\_

Privat: \_\_\_\_\_

Arbeit: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Was ist zu tun? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Medikamentengabe:

Aufgabenübertragung an folgende Personen: \_\_\_\_\_

Medikament: \_\_\_\_\_

Dosierung (Welche Menge pro Einnahme): \_\_\_\_\_

Art der Anwendung (Auftragen, Schlucken): \_\_\_\_\_

Zeitliche Vorgabe (Wann und wie häufig am Tag): \_\_\_\_\_

Wechselwirkung (Was ist zu beachten?) \_\_\_\_\_

Ärztliche Verordnung:  liegt vor

liegt nicht vor