
Vom Arzt zu ergänzen, ob das Kind Arzneimittel einnehmen muss

NAME & VORNAME :

ADRESSE :

TELEFON :

ÄRZTLICHE VERORDNUNG

Ich Unterzeichnete (r) Doktor der Medizin,
bescheinige hiermit dass,
nachfolgendes Arzneimittel benötigt und während des AUFENTHALTES einnehmen muss, der durch
den Dienst Jugend & Gesundheit der Christlichen Krankenkasse organisiert wird, und
vom/...../20..... bis zum/...../20..... in (Ort) stattfinden wird.

- Name des Medikamentes :

Wirkstoff :

Verabreichung :

Dosierung :

Häufigkeit :

Dauer der Behandlung :

- Name des Medikamentes :

Wirkstoff :

Verabreichung :

Dosierung :

Häufigkeit :

Dauer der Behandlung :

Ausgestellt zu, den/...../20.....

Stempel des Arztes

Unterschrift