



Sonderinfolationsblatt

Deutsche Pfadfinderschenschaft e. V.

MEDIKATION / MEDIKAMENTENLISTE

Name, Vorname

Geburtsdatum

(PLZ) Wohnort, Strasse, Nr.

Telefonnummer für den Notfall

Zuständiger Arzt (Hausarzt)

Kurzform der Krankengeschichte / Diagnosen / oder sonstige Informationen

MEDIKATION

Name des Medikaments	Morgens	Mittags	Abends	Nacht
Muster Tablette	1	0	2	0
Muster Tropfen	10	0	10	0

Ort / Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

SAN BEGLEITUNG