

## Bescheinigung für verschreibungspflichtige Medikamente

Hiermit bescheinige/n wir,/ich dass das/die folgende/n Medikament/e verschrieben wurden und kontinuierlich/in Notfallsituationen verabreicht werden soll/en.  
(bitte nicht Zutreffendes streichen)

Name des Kindes: .....

Zeitraum: .....

Krankheit: .....

Name des/der Medikamente/s: .....

Dosierung: .....

Sonstiges: .....  
(z. B. vor einer Mahlzeit)

Hamburg, den .....

.....  
Unterschrift und Stempel des Arztes