

Name:

Nachname:

**4. Ich benötige folgende Medikamente:**

Bitte beachten Sie, dass Sie bei einer Medikamentenänderung im Zeitraum bis zur Veranstaltung uns eine aktualisierte Seite 4 einreichen!

| Erkrankung/<br>Organ | Medikament | Darreichungs-<br>form<br>(z.B. Tablette) | Dosierung | Einnahme<br>wann? | Hilfe nötig?<br>(wenn ja, bitte Art der<br>Hilfe erläutern) | Art der Medikation<br>(Dauer- oder<br>Bedarfsmedikation) | Medikament muss<br>ich immer bei mir<br>haben (bitte<br>ankreuzen) |
|----------------------|------------|--|-----------|-------------------|---|--|--|
|                      |            |  |           |                   |   |  |  |
|                      |            |  |           |                   |   |  |  |
|                      |            |  |           |                   |   |  |  |
|                      |            |  |           |                   |   |  |  |
|                      |            |  |           |                   |   |  |  |
|                      |            |  |           |                   |   |  |  |
|                      |            |  |           |                   |   |  |  |

**Bitte beschriften Sie jedes Medikament eindeutig!**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (des gesetzl. Vertreters)