

1. Unsere Tochter/ unser Sohn nimmt z.Z.
folgende Medikamente
2. gegen
3. Dosierung/Häufigkeit
4. muss folgende Diät einhalten
5. hatte in jüngster Zeit eine Operation
(Zeitpunkt)
6. hat Allergien
7. wurde gegen Tetanus geimpft am
8. Sonstige Mitteilung für eine ärztliche
Behandlung im Notfall
