

## Verordnung von Bedarfsmedikation

Liebe Ärztin, lieber Arzt  
Sie haben Ihrer Patientin/Ihrem Patienten

---

Name des Kindes / Teilnehmers

ein Medikament zur Anwendung bei Bedarf verschrieben. Während des Aufenthalts in der FUD sind für die verordnete Durchführung bei Bedarfsmedikation die anwesenden Fachkräfte der FUD verantwortlich. Deshalb bitten wir Sie um folgende Informationen:

Welches Medikament haben Sie verordnet?

---

Bei welchen Beschwerden soll das Medikament angewendet werden?

---

In welcher Darreichungsform wird es angewendet?

Tabletten     Zäpfchen     Tropfen     Dosier –Aerosol

Sonstige \_\_\_\_\_

Welche Anzahl/Dosierung haben Sie verordnet?

---

Wie muss das Medikament gelagert werden?

---

Muss etwas Besonderes beachtet werden?

---

---

Ort, Datum

---

Stempel/Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Für Ihre Bemühungen im Voraus besten Dank.  
Mit freundlichen Grüßen

---