

Ärztliches Attest

Anhang des persönlichen Dossiers

Hiermit erkläre ich,, Arzt für Allgemeinmedizin,

dass (Vorname und Name des Teilnehmers):

.....

geboren am

teilnehmen darf an Aktivitäten der Jugendbewegung und diese Arzneimittel einnehmen muss:

Name des Arzneimittels:

Dosierung (Menge und Frequenz pro Tag und pro Stunde):

Anwendungsform:

von den Leitern

selbständig

von einer Krankenschwester/ einem Krankenpfleger

Aufbewahrung: (z.B. im Kühlschrank)

.....

von den Leitern

selbständig

Enddatum der Anwendung (eventuell):

Zur Behandlung von:

Die Leiter sollten sich folgenden möglichen Nebenwirkungen bewusst sein:

.....

Plan auf der Rückseite (z.B. bei mehreren Arzneimitteln)

Telefonnummer des Arztes:

Ort: Datum:

Unterschrift und Stempel des Arztes:

