

**Vom Arzt zu ergänzen, ob das Kind Arzneimittel einnehmen muss**



NAME & VORNAME : .....

ADRESSE : .....

TELEFON : .....

**ÄRZLICHE VERORDNUNG**

Ich Unterzeichnete (r) ..... Doktor der Medizin,  
bescheinige hiermit dass, .....  
nachfolgendes Arzneimittel benötigt und während des AUFENTHALTES einnehmen muss, der durch  
den Dienst Ocarina der Christlichen Krankenkasse organisiert wird, und  
vom ...../...../20..... bis zum ...../...../20..... in ..... (Ort) stattfinden wird.

- Name des Medikamentes : .....

Wirkstoff : .....

Verabreichung : .....

Dosierung : .....

Häufigkeit : .....

Dauer der Behandlung : .....

- Name des Medikamentes : .....

Wirkstoff : .....

Verabreichung : .....

Dosierung : .....

Häufigkeit : .....

Dauer der Behandlung : .....

Ausgestellt zu ....., den ...../...../20.....

Stempel des Arztes

Unterschrift