

**MEDIKAMENTENBLATT für Kunden
 der Offenen Hilfen, Lebenshilfe e.V. Augsburg**

Name, Vorname, Geb. Datum _____

 Es werden Medikamente benötigt ja nein

Medikamentengabe während der Betreuung durch die Offenen Hilfen:

- Die Medikamente werden
-
- selbständig eingenommen.
-
-
- mit Hilfestellung genommen.
-
-
- vom Personal aufbewahrt.
-
-
- selbständig im Zimmer/ in der Tasche aufbewahrt.

Notfallpatient

-
- JA - Notfallbogen liegt den Offenen Hilfen vor
-
- kein Notfallpatient

Allergien: _____

Verschreibungspflichtige Medikamente: Bei mehr Medikamenten bitte Extrablatt verwenden

Name des Medikamentes	vor oder nach dem Essen	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Es dürfen folgende nicht verschreibungspflichtige Medikamente verabreicht werden:

Sonstige Hinweise _____

 Bitte teilen Sie uns mit, wen wir bei einem Notfall verständigen sollen:

 Name, Vorname Verwandtschaftsgrad Tel.-Nr.

Hiermit bestätige ich, dass die oben aufgeführte Medikation von einem Arzt in der angegebenen Dosierung verordnet wurde. Sobald sich an der Medikation oder Dosierung etwas ändert, werde ich den Offenen Hilfen der Lebenshilfe Augsburg umgehend schriftlich Bescheid geben. Bis zu diesem Zeitpunkt ist das vorliegende Medikamentenblatt gültig.

 Ort, Datum

 Unterschrift Kunde (ggf. gesetzlicher Vertreter)