

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

 (Name, Vorname)

Verschreibungspflichtige Medikamente:

Name des Medikaments	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Bei mehr Medikamenten bitte Extrablatt verwenden

 Dabei ist Folgendes zu beachten – vor / nach dem Essen etc.:

Medikamentengabe während der Betreuung durch die Offenen Hilfen:

- Die Medikamente werden selbständig eingenommen.
- Bei der Medikamenten-Einnahme wird Hilfestellung benötigt.

- Die Medikamente sollen vom Personal aufbewahrt werden.
- Die Medikamente dürfen selbständig im Zimmer/ in der Tasche aufbewahrt werden.

Allergien: _____

Anfallspatient

- falls ja, bitte übersenden Sie uns einen Anfallsnotfallplan.
- kein Anfallsleiden

Es dürfen folgende nicht verschreibungspflichtige Medikamente verabreicht werden:

 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

 Kunde (ggf. gesetzlicher Vertreter)