



Diese Angaben benötigen wir, wenn der Klientin oder dem Klienten während einer Betreuung Medikamente verabreicht werden müssen. Falls sich die Dosierung oder das Medikament ändert, benötigen wir eine neue Verordnung. Vielen Dank!

Name des Medikamentenempfängers: _____

Nicht verschreibungspflichtige Medikamente: (z.B.: Nasentropfen, etc.)

Name des Medikaments: _____

Einnahmeverordnung: _____

Name des Medikaments: _____

Einnahmeverordnung: _____

Name des Medikaments: _____

Einnahmeverordnung: _____

Verschreibungspflichtige Medikamente:

Name des Medikaments: _____

Einnahmeverordnung: _____

Name des Medikaments: _____

Einnahmeverordnung: _____

Name des Medikaments: _____

Einnahmeverordnung: _____

Sonstiges: _____

Datum: _____ Unterschrift des Arztes und Stempel: _____



Notfallmedikation (z.B.: bei epileptischen Anfällen)

Bitte auf **gesondertem ärztlichen Schreiben** ausführen:

- Name des Medikaments
- Verhalten im Notfall
 - nach wieviel Minuten muss das Medikament gegeben werden?
 - in welcher Dosierung?
 - wann muss der Notarzt hinzugezogen werden?
- Sonstiges
- Unterschrift des Arztes, Datum und Stempel

Datum:

Stempel und Unterschrift der/des verordnenden Ärztin/Arztes /HeilpraktikerIn

Ich bin mit der Durchführung der ärztlich verordneten Maßnahmen einverstanden

Datum: _____

Unterschrift Klientin / Klient bzw. gesetzlicher Vertreter