

Hiermit bescheinige ich Herrn/Frau _____ (NAME), dass die Teilnahme an den Angeboten der Offenen Hilfen aus medizinischer Sicht unbedenklich ist. Die BegleiterInnen der Maßnahme dürfen der oben genannten Person die folgenden Medikamente verabreichen.

DAUERMEDIKATION

Name/ Wirkstoff des Medikaments	Einnahme	Verabreichungsform		Morgens	Mittags	Abends	Nachts
	<input type="checkbox"/> Vor der Mahlzeit <input type="checkbox"/> Mit der Mahlzeit <input type="checkbox"/> Nach der Mahlzeit	<input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Spray/Inhalator <input type="checkbox"/> Salbe <input type="checkbox"/> Pulver <input type="checkbox"/> Spritzen	Menge				
			Uhrzeit				
	<input type="checkbox"/> Vor der Mahlzeit <input type="checkbox"/> Mit der Mahlzeit <input type="checkbox"/> Nach der Mahlzeit	<input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Spray/Inhalator <input type="checkbox"/> Salbe <input type="checkbox"/> Pulver <input type="checkbox"/> Spritzen	Menge				
			Uhrzeit				
	<input type="checkbox"/> Vor der Mahlzeit <input type="checkbox"/> Mit der Mahlzeit <input type="checkbox"/> Nach der Mahlzeit	<input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Spray/Inhalator <input type="checkbox"/> Salbe <input type="checkbox"/> Pulver <input type="checkbox"/> Spritzen	Menge				
			Uhrzeit				
	<input type="checkbox"/> Vor der Mahlzeit <input type="checkbox"/> Mit der Mahlzeit <input type="checkbox"/> Nach der Mahlzeit	<input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Spray/Inhalator <input type="checkbox"/> Salbe <input type="checkbox"/> Pulver <input type="checkbox"/> Spritzen	Menge				
			Uhrzeit				
	<input type="checkbox"/> Vor der Mahlzeit <input type="checkbox"/> Mit der Mahlzeit <input type="checkbox"/> Nach der Mahlzeit	<input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Spray/Inhalator <input type="checkbox"/> Salbe <input type="checkbox"/> Pulver <input type="checkbox"/> Spritzen	Menge				
			Uhrzeit				

Bei der Einnahme ist zu beachten:

Hinweis: Bei der Vergabe von Notfallmedikamenten ist ein separater Notfallplan auszufüllen!
Bei Medikamenten, die nur eine begrenzte Zeit eingenommen werden, bitte den Zeitraum angeben!

BEDARFSMEDIKATION

Name/ Wirkstoff des Medikaments	Bedarf/ Symptome	Einnahme	Verabreichungs- form		Morgens	Mittags	Abends	Nachts
		<input type="checkbox"/> Vor der Mahlzeit <input type="checkbox"/> Mit der Mahlzeit <input type="checkbox"/> Nach der Mahlzeit	<input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Spray/Inhalator <input type="checkbox"/> Salbe <input type="checkbox"/> Pulver <input type="checkbox"/> Saft	Menge				
		<input type="checkbox"/> Vor der Mahlzeit <input type="checkbox"/> Mit der Mahlzeit <input type="checkbox"/> Nach der Mahlzeit	<input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Spray/Inhalator <input type="checkbox"/> Salbe <input type="checkbox"/> Pulver <input type="checkbox"/> Saft	Menge				
		<input type="checkbox"/> Vor der Mahlzeit <input type="checkbox"/> Mit der Mahlzeit <input type="checkbox"/> Nach der Mahlzeit	<input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Spray/Inhalator <input type="checkbox"/> Salbe <input type="checkbox"/> Pulver <input type="checkbox"/> Saft	Menge				

Folgendes Medikament muss gekühlt gelagert werden:

Keines

Dieses:

Bei Folgenden Medikamenten sind Besonderheiten bei der Einnahme zu beachten (z. B. Unverträglichkeit mit Lebensmitteln, spezielle Einnahmeform, etc.):

Medikament:

Besonderheit:

Medikamente werden eigenverantwortlich eingenommen:

Ja

Nein

Er/Sie hat folgende Erkrankungen:

Herz-/ Kreislauferkrankung:

Ja

Nein

Diabetes:

Ja

Nein

Andere Erkrankungen bzw. Anmerkungen:

Er/Sie hat Allergien:

Ja

Nein

Er/Sie leidet unter allergischen Reaktionen gegen folgende Stoffe/Inhalte:

Datum

Unterschrift behandelnder
Arzt/Ärztin

Stempel der Praxis