

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  Keines  Dieses: \_\_\_\_\_  
 gelagert werden:

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