

Hiermit bescheinige ich Herrn/Frau _____ (NAME), dass die Teilnahme an den Angeboten der Offenen Hilfen aus medizinischer Sicht unbedenklich ist. Die Begleiter*innen 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				

Hinweis: Bei Medikamenten, die nur einen begrenzten Zeitraum eingenommen werden, bitte den genauen Zeitraum angeben!

Oben aufgeführtes Medikament muss Keines Dieses:
gekühlt gelagert werden: _____

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

Medikament: _____

Besonderheit: _____

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				

Oben aufgeführtes Medikament muss Keines Dieses: _____ gekühlt gelagert werden:

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

Medikament: _____

Besonderheit: _____

Hinweise:

Diese Bescheinigung ist maximal ein Jahr ab Ausstellungsdatum gültig.

Bei jeder Änderung der Medikation unter dem Jahr benötigen wir eine neue Bescheinigung! Die neuere Bescheinigung ersetzt die ältere!

Bei der Vergabe von Notfallmedikamenten ist ein separater Notfallplan auszufüllen! Zum Beispiel bei Epilepsie oder Allergien.

Ich benötige Erinnerung durch die OH an die Einnahme der Medikamente: Ja Nein

Ich benötige Unterstützung durch die OH bei der Aufbewahrung der Medikamente: Ja Nein

Ich benötige Unterstützung oder Kontrolle durch die OH bei der Einnahme der Medikamente: Ja Nein

Datum

Unterschrift behandelnder
Arzt/Ärztin

Stempel der Praxis