

Ermächtigung im Rahmen der Betreuungszeit

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Montags-Club | <input type="checkbox"/> Bewegt in die Welt |
| <input type="checkbox"/> Dienstag-Treff | <input type="checkbox"/> Junge Wilde |
| <input type="checkbox"/> Jugendkegeln | <input type="checkbox"/> Wochenendbetreuung |
| <input type="checkbox"/> Ü30 Kegeln | <input type="checkbox"/> Ferienprogramm |
| <input type="checkbox"/> Töpferwerkstatt | <input type="checkbox"/> Einzelbetreuung |
| <input type="checkbox"/> Nachtschwärmer | <input type="checkbox"/> Sonderveranstaltungen |
| <input type="checkbox"/> Stammtisch | |
| <input type="checkbox"/> Fussball & Co. | |
| <input type="checkbox"/> Tanzkurs | |

Foto

Foto

einfügen

Teilnehmer

Geburtstag		Vorname	
Geburtsort		Nachname	

Arzt & Versicherung

Name		Telefon	
Ort			
Krankenkasse		Vers.-Nr.	

Gesetzliche Betreuung - Gesetzliche Vertreter Mutter Vater

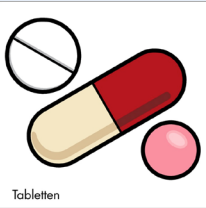
Name		Mobil	
Straße		Telefon	
PLZ + Ort		email	

Bitte beachten Sie, dass unsere Mitarbeiter Medikamente nur geben dürfen, wenn uns die schriftliche Bestätigung des verschreibenden Arztes (Seite 4) oder ein Rezept vorliegt.

Hiermit ermächtige ich/ermächtigen wir die Mitarbeiter des Familienunterstützenden Dienst der Lebenshilfe Schwäbisch Gmünd zur Verabreichung genannter Medikamente zu den angegebenen Zeiten bzw. Situationen in der angegebenen Dosierung.

Ort, Datum

Unterschrift d. Sorgeberechtigten/gesetzlicher Vertreter



Ein Originalbeipackzettel bzw. eine Kopie/Foto/Scan

liegt bei wird nachgereicht per email gesendet am

Schriftliche Bestätigung der Verschreibung (Seite 4) oder Rezept

liegt bei wird nachgereicht per email gesendet am



Rezept

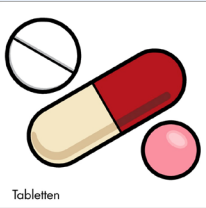
Regelmäßige Einnahme

Name des Medikament	Versch. pflichtig	Dosierung	Uhrzeit	Art der Einnahme	Sonstiges (Lagerung)	verordnet am (Datum)
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					



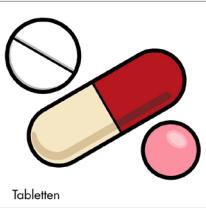
Bedarfsmedikament im Notfall

Name des Medikaments	Dosierung	Art der Einnahme	In welchem Fall soll das Medikament verabreicht werden? Was muss beachtet werden?	verordnet am (Datum)
	<input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> Zäpfchen <input type="checkbox"/> Tropfen			

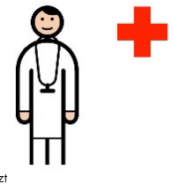


Ergänzen Sie bitte hier weitere Informationen:





Bestätigung durch den verordnenden Arzt bzw.durch die verordnende Ärztin



Liebe Ärztin, lieber Arzt,

Sie haben Ihrer Patientin/ihrem Patienten ein oder mehrere Medikamente verordnet.

Teilnehmer

Vorname		Geburtsdatum	
Name		Geburtsort	

Arzt & Versicherung

Name		Telefon	
Ort			
Krankenkasse		Vers.-Nr.	

Während des Aufenthalts in der Betreuung durch den Familienunterstützenden Dienst der Lebenshilfe Schwäbisch Gmünd gGmbH sind die anwesenden Mitarbeiter für die verordnete Durchführung verantwortlich. Deshalb bitten wir Sie die Angaben auf diesem Formular auszufüllen und zu bestätigen.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin

Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Bei Rückfragen bin ich telefonisch unter der Nummer 07171-85511 oder per email unter christina.hrastnik@lhgmueund.de erreichbar.

Mit freundlichen Grüßen

Christina Hrastnik
Gruppenleitung FUD
Pfarrer-Vogt-Str. 25
73529 Schw. Gmünd