

Medikamentengabe durch MAs des FUD

Seite 1 von 4

Ermächtigung im Rahmen der Betreuungszeit

Teilnehmer

Vorname*

Geburtsdag

Nachname*

Geburtsort

Arzt & Versicherung

Name

Telefon

Ort

Krankenkasse

Versicherungsnr.

Gesetzliche Betreuung

Gesetzlicher Vertreter

Name

Mobil

Vater Mutter

Straße

Telefon

Postleitzahl & Ort

E-Mail

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 E-Mail gesendet am .

Schriftliche Bestätigung der Verschreibung (Seite 4) oder Rezept

liegt bei wird nachgereicht per E-Mail gesendet am .

* Pflichtfeld

Medikamentengabe durch MAs des FUD

Regelmäßige Einnahme

Name des Medikaments	verschreibungspflichtig	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					
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					

Bedarfsmedikation im Notfall

Name des Medikaments	Gabe in Form von	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			
	<input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> Zäpfchen <input type="checkbox"/> Tropfen			
	<input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> Zäpfchen <input type="checkbox"/> Tropfen			

ERGÄNZEN SIE hier bitte weitere Informationen:

Medikamentengabe durch MAs des FUD

ERGÄNZEN SIE hier bitte weitere Informationen:

Foto einfügen

Foto einfügen

Medikamentengabe durch MAs des FUD

Bestätigung durch den verordnenden Arzt/die verordnende Ärztin

Seite 4 von 4

Liebe Ärztin, lieber Arzt,

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

Teilnehmer

Vorname

Geburtstag

Nachname

Geburtsort

Arzt & Versicherung

Name

Telefon

Ort

Krankenkasse

Versicherungsnr.

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.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin