Lebenshilfe Schwäbisch Gmünd gGmbH
73525 Schwäbisch Gmünd

Lebenshilfe
Schwäbisch Gmünd gGmbH

# *Medikamentengabe durch MAs des FUD*

## *Ermächtigung im Rahmen der Betreuungszeit*



### *Teilnehmer*

**Vorname***

Geburtstag

**Nachname***

Geburtsort

### *Arzt & Versicherung*

Name

Telefon

Ort

Krankenkasse

Versicherungsnr.

### ☐ *Gesetzliche Betreuung*

**Gesetzlicher Vertreter**

☐ **Vater** ☐ **Mutter**

**Name**

Mobil

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. Sorgeberechtigen/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

Lebenshilfe Schwäbisch Gmünd gGmbH
73525 Schwäbisch Gmünd

Lebenshilfe
Schwäbisch Gmünd gGmbH

# *Medikamentengabe durch MAs des FUD*



## *Regelmäßige Einnahme*

| *Name des Medikaments* | *verschreibungs-pflichtig* | *Dosierung* | *Uhrzeit* | *Art der Einnahme* | *Sonstiges (Lagerung)* | *verordnet am (Datum)* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ☐ ja<br>☐ nein | | | | | |
| | ☐ ja<br>☐ nein | | | | | |
| | ☐ ja<br>☐ 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)* |
|---|---|---|---|---|
| | ☐ Tabletten<br>☐ Zäpfchen<br>☐ Tropfen | | | |
| | ☐ Tabletten<br>☐ Zäpfchen<br>☐ Tropfen | | | |
| | ☐ Tabletten<br>☐ Zäpfchen<br>☐ Tropfen | | | |

*ERGÄNZEN SIE* ***hier bitte weitere Informationen:***

# *Medikamentengabe durch MAs des FUD*



*ERGÄNZEN SIE* ***hier bitte weitere Informationen:***

Foto einfügen

Foto einfügen

Lebenshilfe Schwäbisch Gmünd gGmbH
73525 Schwäbisch Gmünd

Lebenshilfe
Schwäbisch Gmünd gGmbH

# *Medikamentengabe durch MAs des FUD*



## *Bestätigung durch den verordnenden Arzt/die verordnende Ärztin*

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