

# Medikamentenbogen



Betrifft:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Medikamentenname ggf. mit Dosierung in mg	Einnahmemenge			Anwendungshinweise
	Früh	Mittag	Abend	

Name Bedarfs-/Notfallmedikament	Dosierung/Anwendungshinweise

*Bitte zutreffendes ankreuzen!*

- Es müssen in der Werkstatt/Förderstätte Medikamente eingenommen werden      Ja  Nein
- Medikamente werden selbstständig eingenommen      Ja  Nein
- Einnahme der Medikamente muss beaufsichtigt/kontrolliert werden      Ja  Nein
- Medikamente müssen verabreicht werden      Ja  Nein

Ich versichere, dass die in der Werkstatt/Förderstätte einzunehmenden Medikamente nach Verordnung des behandelnden Arztes fachgerecht zusammengestellt in der **Originalverpackung mit Beipackzettel oder als verblistertes Medikament** in die Werkstatt/Förderstätte mitgegeben werden und dass ich Änderungen der Medikamentenverordnung sofort dem Medizinischen Fachdienst der Werkstatt / der Bereichsleitung Förderung & Assistenz mitteile.

**Grundlage für die Medikamentenausgabe in der Werkstatt/Förderstätte ist die schriftliche Verordnung des Arztes, die Sie bitte diesem Medikamentenbogen beifügen!**

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift des/der MitarbeiterIn des Wohnheimes)  
(Stempel der Einrichtung)

.....  
(Unterschrift des/der Beschäftigten / TeilnehmerIn /  
FörderstättenbesucherIn / rechtlichen Betreuers)

Titel der Anlage:	Prozess.- Anlagen Nr.:	Stand:	Datum:	Ersteller / Name:
Medikamentenbogen	2.2 - 007	F	23.07.2015	A. Klemkow