**Vor- und Nachname:**  geb. am: 

Telefonnummer für Notfälle: 

Krankenkasse:  Versichertennummer: 

Art der Behinderung: 

**Unverträglichkeiten / Allergien** (z.B. Lebensmittel-/ Pflaster-/ Medikamentenallergie)



**Medikamenteneinnahme:** müssen gerichtet werden  werden selbst gerichtet

müssen verabreicht werden  werden selbst eingenommen

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Regelmäßige Medikamente** | | | | | | | | |
| Präparatname und Dosisangabe | Darreichungs-form | Morgens  Vor d. Essen Nach d. Essen | | Mittags  Vor d. Essen Nach d. Essen | | Abends  Vor d. Essen Nach d. Essen | | Nachts |
| Medikament | Form | Menge | Menge | Menge | Menge | Menge | Menge | Menge |
| Medikament | Form | Menge | Menge | Menge | Menge | Menge | Menge | Menge |
| Medikament | Form | Menge | Menge | Menge | Menge | Menge | Menge | Menge |
| Medikament | Form | Menge | Menge | Menge | Menge | Menge | Menge | Menge |
| Medikament | Form | Menge | Menge | Menge | Menge | Menge | Menge | Menge |
| Medikament | Form | Menge | Menge | Menge | Menge | Menge | Menge | Menge |
| Medikament | Form | Menge | Menge | Menge | Menge | Menge | Menge | Menge |
| Medikament | Form | Menge | Menge | Menge | Menge | Menge | Menge | Menge |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Notfallmedikamente** (z.B. Epilepsie, Asthmaanfall, Wespenstichallergie, etc.) | | | | | | |
| Indikation | Medikament | Zeitpunkt der Gabe | Einzeldosis | Max. Dosis in  24 Std. | Verabreichungsart  Oral Rektal | |
| Indikation | Medikament | Zeitpunkt | Dosis | Dosis |  |  |
| Indikation | Medikament | Zeitpunkt | Dosis | Dosis |  |  |
| Indikation | Medikament | Zeitpunkt | Dosis | Dosis |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bedarfsmedikamente** (zutreffendes bitte ankreuzen oder ergänzen z.B. bei Schmerzen, Fieber, etc.) | | | | |
| Medikamentenname | Darreichungsform | Dosierung  Einzeldosis max. Dosis in 24 Std. | | Grund d. Anwendung |
| Octenisept | Spray | Dosis | Dosis | Wunddesinfektion |
| Fenistil | Salbe/Gel | Dosis | Dosis | Juckreiz, Insektenstiche, leichte Verbrennungen |
| Soventol | Gel | Dosis | Dosis | Insektenstiche |
| weitere | Form | Dosis | Dosis | Grund |
| weitere | Form | Dosis | Dosis | Grund |
| weitere | Form | Dosis | Dosis | Grund |
| weitere | Form | Dosis | Dosis | Grund |

|  |
| --- |
| **Rektales Abführen** (Name d. Medikaments, genaue Indikation, Dosierung und Häufigkeit angeben) |
| Rektales Abführen |

|  |
| --- |
| **Sonstige Verordnungen** (z.B. Inhalationen, Blasenkatheter, Thromboseprophylaxe (Kompressionsstrümpfe/Antikoagulation),  Verbände, etc.) |
| Sonstige Verordnungen |
| Sonstige Verordnungen |
| Sonstige Verordnungen |
| Sonstige Verordnungen |

Datum Unterschrift & Praxisstempel des Arztes

(gültig für Vorder- u. Rückseite)

Ich bitte /Wir bitten die Mitarbeiter der Lebenshilfe Sinsheim e.V. (keine medizinischen Fachkräfte) die vom Arzt verordneten Medikamente zu verabreichen, die während des Aufenthaltes nötig sind. Bei Änderung der Medikation müssen wir /muss ich **unverzüglich** eine neue Verordnung vorlegen.

Datum Unterschrift Erziehungsberechtigter / gesetzl. Betreuer