**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 | MorgensVor d. Essen Nach d. Essen | MittagsVor d. Essen Nach d. Essen | AbendsVor 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. | VerabreichungsartOral 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 | DosierungEinzeldosis 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