



## Anlage:

### Angaben zur Vergabe von Medikamenten

Name der teilnehmenden Person: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Den Bogen bitte vollständig und gut leserlich in Blockschrift ausfüllen!!!

Behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_ Mobil. Nr.: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Medikation:

**Bitte nur die Medikamente angeben, die während des Angebots verabreicht werden.**

Medikament	Dosierung				
	morgens	mittags	nachmittags	abends	nachts

### Angaben Notfallmedikament:

Bezeichnung und Dosierung: \_\_\_\_\_

Wo befindet sich das Notfallmedikament: \_\_\_\_\_

Ich erteile den zuständigen Mitarbeitenden der Lebenshilfe Mülheim die Erlaubnis, zur Gabe der o.g. Medikamente. Ich bestätige, dass die Mitarbeitenden in die fachgerechte Vergabe der Medikamente eingewiesen wurden. Zudem schließe ich die zuständigen Mitarbeitenden und die Lebenshilfe Mülheim von jeglicher Haftung, die Medikamentenvergabe betreffend, aus. Ein ärztliches Attest über die Notwendigkeit der Medikation füge ich fortlaufend bei.

Ja

Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte Person/  
gesetzliche Vertretung/ Sorgeberechtigte Person