Lebenshilfe
Mülheim an der Ruhr

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:

Medikament	Dosierung				
	morgens	mittags	nachmittags	abends	nachts

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 fügen wir fortlaufend bei.

Ja ☐ Nein ☐

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift Erziehungsberechtigte Person/
gesetzliche Vertretung/ Sorgeberechtigte Person

© Lebenshilfe e.V. • Hänflingstr. 23 • 45472 Mülheim an der Ruhr • Tel.: 0208-409958-0 • Fax: 0208-409958-9