

Lebenshilfe Bonn gGmbH
- Touristik -
Kessenicher Straße 216
53129 Bonn

Medikamentenblatt

Bitte zum Reisevortreffen mitbringen. Bei Verhinderung bitte zusenden.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Reiseziel

Reisezeitraum

2019

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht	Ergänzungen

Notfallmedikation	Dosierung	Wann einzunehmen?

Bei Epilepsie (Art und Häufigkeit der Anfälle)

Sonstiges/ bitte achten Sie auf folgende medizinische/pflegerische Belange

Tetanus Impfung (Bitte Kopie des Impfpasses beilegen)

nein ja wann zuletzt?

Einverständniserklärungen

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass MitarbeiterInnen der Lebenshilfe Bonn Herrn/Frau _____ bei der Medikamenteneinnahme unterstützen. Ich nehme zur Kenntnis, dass die MitarbeiterInnen der Lebenshilfe oftmals über eine staatlich anerkannte medizinisch- pflegerische oder pädagogische Ausbildung verfügen, nicht aber immer.

Eine Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme erfolgt durch die MitarbeiterInnen der Lebenshilfe nur dann, wenn durch die verantwortliche Bezugsperson eine detaillierte Einweisung in Form dieses Medikamentenblattes erfolgt.

Datum, Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)

Medizinische Maßnahmen: Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die MitarbeiterInnen Herrn/Frau _____ im Bedarfsfall bei der Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe unterstützen.

Datum, Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)