Medizinische und pflegerische Informationen und Anordnungen durch den Erziehungsberichtigten/Betreuer

Wohnen und Offene Hilfen
Die Diakonie Stetten

Name_____, geb. am _____

Pflegerische Maßnahme z.B. Salben, Cremes,	Häufigkeit	Bemerkung

Bitte bei Menschen mit Epilepsie ausfüllen:
Anfallsbeschreibung (Art der Anfälle, Details zur Dauer usw.)

Sonstige Einschränkungen (z.B. Halskrause beim Schwimmen nötig)

Mitteilung an die Diakonie Stetten e.V.:

Ich bitte, die verordneten Medikamente entsprechend der ärztlichen Verordnung zu verabreichen. Veränderung der Medikation teile ich dem Assistenzdienst unverzüglich schriftlich mit. Außerdem stimme ich hiermit zu, dass die Medikamentengabe auch von Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung übernommen werden dürfen.

_____

Ort, Datum Unterschrift Eltern / Erziehungsberechtigte(r) / gesetzl. Betreuer(in)