

Medizinische und pflegerische Informationen

Wichtig: Dieses Formular bitte mit dem Anmeldeformular an die Offenen Hilfen Ludwigsburg schicken

Name _____ geb. am _____

Welchen Unterstützungsbedarf hat der/die Teilnehmer*in?		
Pflegerische Maßnahme z.B. Salben, Cremes	Häufigkeit	Bemerkung
Bitte bei Menschen mit Epilepsie ausfüllen: Anfallsbeschreibung: Art der Anfälle, Details zur Dauer usw.		
Sonstige Einschränkungen: Zum Beispiel Nahrungsmittelunverträglichkeit, Diabetes, Weglauftendenz, Orientierungsstörung, mangelnde Verkehrssicherheit, Autismus-Spektrum-Störung		

Mitteilung an die Offenen Hilfen Ludwigsburg

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

Ort, Datum _____ Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin) _____



Ärztliche Medikamentenverordnung

Bitte von dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin unterschreiben lassen und mit der Anmeldung an die Offenen Hilfen Ludwigsburg schicken

Name _____, geb. am _____

Regelmedikation – verschreibungspflichtig					
Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Art der Verabreichung

Bedarfsmedikation – verschreibungspflichtig					
Medikament	Indikation (Situationsbeschreibung)	Menge Einzeldosis	Maximaldosis in 24 h	Abstand zwischen den Einzelgaben	Art der Verabreichung

Notfallmedikation – verschreibungspflichtig					
Medikament	Indikation (Situationsbeschreibung)	Menge Einzeldosis	Maximaldosis in 24 h	Abstand zwischen den Einzelgaben	Art der Verabreichung

Ort, Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin

Praxisstempel

