Medikamentenvergabe - Medikamentenbeiblatt	Rurtalwerkstätten Lebenshilfe Düren gGmbH

Von der für das Setzen der Medikamente verantwortlichen Person auszufüllen und zu unterschreiben.
(Dieses Dokument entfällt, sobald die Medikamente durch eine Apotheke gesetzt und geblistert werden, und die Dokumentation der Apotheke für den gesetzten Zeitraum der Medikation beigefügt ist.)

Während der Arbeitszeit- und Betreuungszeit dürfen nur Medikamente ausgegeben bzw. verabreicht werden (auch Bedarfsmedikation), wenn eine unterschriebene Verordnung vom behandelnden Arzt **und** das jeweils gültige Medikamentenbeiblatt vorliegen.

Name MitarbeiterIn: _____ Geburtsdatum: _____

Zugehörige Medikamentenverordnung vom Datum: _____

(ist alle 6 Monate auf Aktualität zu prüfen)

Gesetzt für den Zeitraum von: _____ bis: _____

Angaben zu den Medikamenten:

Name des Medikamentes:	Dosierung Vormittag:	Dosierung Mittag:	Dosierung Nachmittag:	Beschreibung des Medikamentes (ggf. Besonderheiten): (z.B. Art; Form; Farbe)	Verabreich-ungsform:

Angaben bei **Bedarfsmedikation:**

Name des Medikamentes: _____

Dosierung des Medikamentes: _____

Präzise Schilderung des Bedarfsfalles: _____

_____

_____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Name in Druckschrift: _____