

Mitteilung über Medikation und Medikationsänderung

Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Wohnort: _____

Ich nehme / mein(e) Angehörige(r) / Betreute(r) nimmt keine Medikamente ein:

Medikation:

Name des Medikaments:	Darreichungsform:*)	morgens	mittags	abends	nachts

*) Tabletten, Kapseln, Tropfen o.ä.

Bedarfsmedikation (Darreichungsform *): _____

Ich werde den Bübinger Werken jede Medikamentenänderung sofort mitteilen!

Unterschrift Mitarbeiter bzw. Eltern/Betreuer(in)

Wir möchten darauf hinweisen, dass die Medikamentenvergabe grundsätzlich durch uns erfolgt. Sollten Sie jedoch diese Verantwortung an Ihre(n) Angehörige(n)/Betreute(n) übertragen wollen, möchten wir Sie bitten, uns dies zu bestätigen.

Hiermit bestätige ich, dass mein Angehöriger/Betreuer selbstverantwortlich seine Medikamente einnimmt.

Unterschrift Eltern/Betreuer(in)