	Formblatt	Stand: Juni 2017
	Mitteilung über Medikation und Medikationsänderung	FB61QM03

Mitteilung über Medikation und Medikationsänderung

Der/die Mitarbeiter/in: _____

Geburtsdatum: _____ Wohnort: _____

☐ **nimmt keine Medikamente ein.**

☐ **nimmt folgende Medikamente ein:**

1. Dauermedikation:

Name des Medikamentes:	Darreichungsform*	morgens	mittags	abends	nachts
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐

*Tabletten, Kapseln, Tropfen o.ä.

2. Bedarfsmedikation:

Bedarfsmedikation:	Name des Bedarfsmedikamentes:	Darreichungsform* / Dosierung:	Maximaler Tagesbedarf:

*Tabletten, Kapseln, Tropfen o.ä.

☐ **Einnahme der Medikamente erfolgt selbstverantwortlich.**

☐ **Einnahme der Medikamente soll überwacht werden.**

Ich werde den Bübinger Werken jede Änderung sofort mitteilen!

_____

Datum, Unterschrift Mitarbeiter(in) / Eltern / Betreuer(in)

[Hier eingeben]