

Angaben über ärztliche Anordnung zur Medikamentenversorgung und Behandlungspflege

Zukünftige/r Bewohner/in: _____
 (Name, Vorname)

Wir bitten um Angabe aller regelmäßig oder bedarfsweise zu verabreichenden Medikamente, sowie über Art und Durchführung von behandlungspflegerischen Maßnahmen. Die Angaben sind bei Vorlage von schriftlichen Anweisungen entbehrlich.

	Verordnender Arzt	Dauermedikation		Verabreichungsart (z.B. Filmtablette)	Einheit (z.B. Stück, Tropfen)	Verabreichung						Besonderheiten (z.B. nüchtern)
		Name	Wirkstoff			morgens	vor- mittags	mittags	nach- mittags	abends	zur Nacht	
1.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

 (Datum) (Unterschrift) (Stempel des Arztes)

Ersteller:	Prüfer	Freigeber	Freigabedatum	Seite
				1/2

