



# Ärztliche Bescheinigung

Offene Hilfen

Hiermit bescheinige ich Herrn/Frau....., dass die Teilnahme an den Angeboten der Offenen Hilfen aus medizinischer Sicht unbedenklich ist. Die BegleiterInnen der Maßnahme dürfen der oben genannten Person die folgenden Medikamente verabreichen.

## 1. Die Person erhält folgende **Dauermedikation**:

Name des Medikaments, Dosierung	Dosierung	Verabreichungsform		Morgens	Mittags	Abends	Nachts
	Vor der Mahlzeit: [ ] Mit der Mahlzeit: [ ] Nach der Mahlzeit: [ ]	Tabletten zum Auflösen [ ] zum Schlucke [ ] Tropfen [ ] Zäpfchen [ ] Spritzen [ ]	Menge: Uhrzeit:				
	Vor der Mahlzeit: [ ] Mit der Mahlzeit: [ ] Nach der Mahlzeit: [ ]	Tabletten zum Auflösen [ ] zum Schlucke [ ] Tropfen [ ] Zäpfchen [ ] Spritzen [ ]	Menge: Uhrzeit:				
	Vor der Mahlzeit: [ ] Mit der Mahlzeit: [ ] Nach der Mahlzeit: [ ]	Tabletten zum Auflösen [ ] zum Schlucke [ ] Tropfen [ ] Zäpfchen [ ] Spritzen [ ]	Menge: Uhrzeit:				
	Vor der Mahlzeit: [ ] Mit der Mahlzeit: [ ] Nach der Mahlzeit: [ ]	Tabletten zum Auflösen [ ] zum Schlucke [ ] Tropfen [ ] Zäpfchen [ ] Spritzen [ ]	Menge: Uhrzeit:				

## 2. Der Person darf folgende **Bedarfsmedikation** verabreicht werden:

Name des Medikaments, Dosierung	Bedarf: <i>Welche Symptome treten auf?</i>	Dosierung	Verabreichungsform		Morgens	Mittags	Abends	Nachts
		Vor der Mahlzeit: [ ] Mit der Mahlzeit: [ ] Nach der Mahlzeit: [ ]	Tabletten zum Auflösen [ ] zum Schlucke [ ] Tropfen [ ] Zäpfchen [ ] Spritzen [ ]	Menge: Uhrzeit:				
		Vor der Mahlzeit: [ ] Mit der Mahlzeit: [ ] Nach der Mahlzeit: [ ]	Tabletten zum Auflösen [ ] zum Schlucke [ ] Tropfen [ ] Zäpfchen [ ] Spritzen [ ]	Menge: Uhrzeit:				
		Vor der Mahlzeit: [ ] Mit der Mahlzeit: [ ] Nach der Mahlzeit: [ ]	Tabletten zum Auflösen [ ] zum Schlucke [ ] Tropfen [ ] Zäpfchen [ ] Spritzen [ ]	Menge: Uhrzeit:				

### Hinweise:

- Bei der Vergabe von Notfallmedikamenten ist ein separater Notfallplan auszufüllen!
- Bei Medikamenten, die nur eine begrenzte Zeit eingenommen werden, bitte den Zeitraum angeben!



# Ärztliche Bescheinigung

Offene Hilfen

3. Folgendes Medikament muss gekühlt gelagert werden:  Keines  
 .....

4. Bei Folgenden Medikamenten sind Besonderheiten bei der Einnahme zu beachten (z. B. Unverträglichkeit mit Lebensmitteln, spezielle Einnahmeform, etc.):

Medikament: .....

Besonderheit: .....

5. Er /Sie nimmt die Medikamente eigenverantwortlich ein:  Ja  Nein

6. Er / Sie hat folgende **Erkrankungen**:

**Herz-/Kreislaufkrankung**  Ja  Nein

**Diabetes**  Ja  Nein

**Andere Erkrankungen bzw. Anmerkungen:**

.....  
.....  
.....

7. Hat Er / Sie hat **Allergien**  Ja  Nein

Falls ja: Er / Sie leidet unter allergischen Reaktionen gegen folgende Stoffe / Inhalte:

.....  
.....

.....  
Datum

.....  
Unterschrift behandelnder Arzt/Ärztin

Praxisstempel