

Das Medikamenten-Blatt ist für die Werkstatt.

Und für den Not-Arzt.

Die Werkstatt gibt das Medikamenten-Blatt dem Not-Arzt mit.

So kann Ihnen der Not-Arzt schnell helfen.

Bitte schreiben Sie alles ganz genau auf.

Bitte sagen Sie sofort Bescheid: wenn sich bei Ihnen etwas ändert.



Mein Name ist:

Ich bin geboren am

Meine Adresse ist:

Meine Kranken-Versicherung heißt:

Ich habe den Pflege-Grad:

ERKRANKUNG

Welche Erkrankungen haben Sie?

→

Welche Allergien haben Sie?

→

HAUS-ARZT

Wie heißt Ihr Haus-Arzt?

→

Wie ist die Adresse?

→

Und die Telefon-Nummer?

→

IMPFUNGEN

Wann wurden Sie gegen Tetanus geimpft? Bitte schreiben Sie das Datum auf:

→

HILFS-MITTEL

Haben Sie Hilfs-Mittel in Ihrem Körper?

Zum Beispiel einen Herz-Schrittmacher? Oder einen Katheder?

Wenn JA, schreiben Sie es bitte genau auf:

→

→

Erstellt	Freigabe Vorstand	Kenntnisnahme QMB
Name: JLÄ	Name: JKI, RMO	
Datum: 22.06.2023	Datum: 22.06.2023	Datum: 22.06.2023

MEDIKAMENTE (Tabletten, Tropfen, Spritzen)

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Dann geben Sie den Bundes-Medikations-Plan von ihrem Arzt mit ab.
Bitte **markieren** Sie darauf: Diese Medikamente nehme ich in der Werkstatt ein!

Oder

Schreiben Sie hier auf wie die Medikamente heißen:

↓	Wie viel nehmen Sie davon ein?				
	früh (zu Hause)	früh (in der Werkstatt)	mittags ↓	abends	nachts

BEDARFS-MEDIKAMENTE

Nehmen Sie nur ab und zu Medikamente ein? Zum Beispiel bei Not-Fällen?
Wenn Sie solche Medikamente nehmen:
Bei welchem Not-Fall müssen Sie die Medikamente nehmen? Bitte schreiben Sie es genau auf!
→

Die Medikamente heißen: ↓	Wie viel nehmen Sie davon ein? ↓

Brauchen Sie Unterstützung bei der Medikamenten-Einnahme? ja nein

Sie brauchen Unterstützung bei der Medikamenten-Einnahme in der Werkstatt?
Dann beachten Sie bitte diese Hinweise:

1. Sie müssen die Medikamente selbst in eine Medikamenten-Box legen.
Sie müssen auch die Bedarfs-Medikamente in eine Medikamenten-Box legen.
Sie müssen alle Medikamente in das Medikamenten-Blatt eintragen.

2. Sie unterschreiben auf dem Medikamenten-Blatt. Oder Ihr Betreuer macht das.
Wenn Sie Unterstützung brauchen: Kreuzen Sie es bitte an.
Das heißt dann: Sie erlauben der Werkstatt, Ihnen bei der Medikamenten-Einnahme zu helfen.

3. Die Werkstatt kann nichts machen:
Wenn auf dem Medikamenten-Blatt etwas Falsches steht.
Oder wenn falsche Tabletten in der Medikamenten-Box sind.
Oder wenn Sie durch die Medikamente krank werden.
In schwerer Sprache sagt man:
Die Görlitzer Werkstätten übernehmen dafür keine Haftung.

Ort und Datum	Unterschrift des Klienten/Teilnehmenden/gesetzl. Vertretung
---------------	---

Dieses Dokument wurde in einfacher Sprache erstellt.

Der Gruppenleiter hat eine Kopie vom Medikamenten-Blatt bekommen am: _____

Erstellt	Freigabe Vorstand	Kennntnisnahme QMB
Name: JLÄ	Name: JKI, RMO	
Datum: 22.06.2023	Datum: 22.06.2023	Datum: 22.06.2023