Vereinbarung zur Gabe von Medikamenten im Arbeitsförderbereich bei externen Beschäftigten

Herr/Frau Vorname Nachname, geboren am

Sehr geehrte/er Herr/Frau Name des gesetzlichen Betreuers,

um Ihrem/Ihrer o. g. Betreuten die ärztlich verordneten Medikamente zu verabreichen, die während der Anwesenheit in unserer Einrichtung benötigt werden und im Notfall Auskunft über die aktuelle Medikation geben zu können, bitten wir Sie, die nachfolgende Medikamenten-Information auszufüllen (Seite 1 und 2) und unterschrieben an uns zurückzugeben.

1) O Die Medikamente werden vom Betreuten/von der Betreuten selbständig eingenommen. Die Einnahme muss nicht beaufsichtigt werden.

O Die Einnahme muss beaufsichtigt/kontrolliert werden.
(Punkt 2 beachten und ankreuzen)

O Die Medikamente müssen verabreicht werden.
(Punkt 2 beachten und ankreuzen)

2) Bei nicht selbständiger Einnahme der Medikamente gebe ich mein Einverständnis, dass die Beaufsichtigung/Kontrolle bzw. Verabreichung durch berechtigte Mitarbeiter von GIB erfolgt:

O ja ☐ nein

Bei fehlendem Einverständnis des gesetzlichen Betreuers zur Medikamentengabe durch Mitarbeiter von GIB ist zwischen der Leitung des Afb und dem gesetzlichen Betreuer zu klären, wie die Gabe erfolgt. Dies ist schriftlich mit beidseitiger Unterschrift zu dokumentieren.

3) Das Einverständnis zur Medikamentengabe durch berechtigte Mitarbeiter von GIB bezieht sich grundsätzlich auf alle Einnahmezeiten (Früh, Mittag, Abend, Nacht).

Bei begleiteten Ausflügen oder Urlaubsreisen kann es teilweise erforderlich sein, dass die Medikamente rund um die Uhr verabreicht werden müssen.

Informationen zur gesamten Tagesmedikation

Dauermedikation

Name und Dosierung des Medikaments / Einnahmezeit	Dosierung (ggf. mit Uhrzeit)			
	Früh	Mittag	Abend	Nacht
Einnahmezeit				
Einnahmezeit				

Einnahmezeit				
Einnahmezeit				
Einnahmezeit				

Bedarfsmedikation

Name des Medikaments:	
Dosierung:	
Indikation:	
Telefonische Mitteilung / Absprache erforderlich? ☐ nein O ja mit O gesetzl. Betreuer Tel.: _____ mit O Arzt Name/Tel.: _____	

Name des Medikaments:	
Dosierung:	
Indikation:	
Telefonische Mitteilung / Absprache erforderlich? ☐ nein O ja mit O gesetzl. Betreuer Tel.: _____ mit O Arzt Name/Tel.: _____	

Dieser Bogen ist 1x jährlich und bei jeder Änderung der Medikation neu auszufüllen und an GIB weiterzuleiten.

Bestätigung des gesetzlichen Betreuers (mit Aufgabenkreis Gesundheitsfürsorge):

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Aktualität dieser Angaben für meine/n o. g. Betreute/n.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift gesetzlicher Betreuer