

Medizinische und pflegerische Informationen und Anordnungen durch den Erziehungsberechtigten/Betreuer

Name _____, geb. am _____

Pflegerische Maßnahme z.B. Salben, Cremes,	Häufigkeit	Bemerkung
Bitte bei Menschen mit Epilepsie ausfüllen: Anfallsbeschreibung (Art der Anfälle, Details zur Dauer usw.)		
Sonstige Einschränkungen (z.B. Halskrause beim Schwimmen nötig)		

Mitteilung an die Diakonie Stetten e.V.:

Ich bitte, die verordneten Medikamente entsprechend der ärztlichen Verordnung zu verabreichen. Veränderung der Medikation teile ich den Offenen Hilfen Ludwigsburg unverzüglich schriftlich mit. Außerdem stimme ich hiermit zu, dass die Medikamentengabe auch von Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung übernommen werden dürfen.

