

Vollmacht über die Medikamentengabe
in der WfbM



Thöläuer Str. 5a
95615 Marktredwitz
09231/9971-13 Heini, Weis

Fax: 09231-997197

Hiermit bevollmächtige ich das Personal der Lebenshilfe- Werkstatt für behinderte Menschen
während der Arbeitszeit (7:20 bis 16:00) meiner Patientin/meinem Patienten:

.....
(Name, Geburtsdatum)

folgende Medikamente zu verabreichen, bzw. die Einnahme zu kontrollieren:

Medikamente	Dosis <i>mit Zeitangabe (7:20-16:00)</i>	Dauer

noch zu beachten:.....

Oben Genannte / Genannter kann seine Medikamente : (bitte ankreuzen)

- selbständig einnehmen unter Aufsicht**
- nicht selbständig einnehmen**
(Gabe über die Gruppenleitung)

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift des Arztes)