Lebenshilfe
Für Menschen mit Behinderung
Main-Tauber-Kreis e.V.

Medikamentenliste – ausgefüllt und unterschrieben vom Arzt

Name des Patienten / der Patientin:	
Geburtstag:	
Ich nehme meine Medikamente selbstständig:	☐ Ja ☐ Nein

Medikament (genauer Fabrikatname, Art, Wirkstoff)	**Dosierung und Zeitpunkt** (Vor oder nach dem Essen? Uhrzeit?)					
	morgens	Uhrzeit	mittags	Uhrzeit	abends	Uhrzeit

Hilfsmittel zur Medikamenteneinnahme (mit Flüssigkeit, Nahrung, Spritze,...)	
Bei Epilepsie: Name des Notfallmedikaments? Vorgehen bei einem Anfall?	
Notfallmedikament (Dosierung? Wann muss es verabreicht werden?)	

Bedarfs-medikamente (z. B. Tablette gegen Kopfschmerzen, Globuli, ...)	**Dosierung und Zeitpunkt** (Vor oder nach dem Essen? Uhrzeit?)					
	morgens	Uhrzeit	mittags	Uhrzeit	abends	Uhrzeit

Bitte Beipackzettel aller Medikamente mit dieser Liste abgeben.
(Kopie oder Original, wenn Sie einen übrig haben)

Stempel Datum Unterschrift des Arztes / der Ärztin