



LFR Lebensfreude Reisen gGmbH
 Am Volkspark 1
 50321 Brühl

Medikamentenblatt

Bitte zum Reisevortreffen mitbringen. Bei Verhinderung bitte zusenden.

Name, Vorname	Geburtsdatum
Reiseziel	Reisezeitraum

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht	Ergänzungen

Bedarfsmedikation	Dosierung	Wann einzunehmen?

Notfallmedikation	Dosierung	Wann einzunehmen?

Bei Epilepsie (Art und Häufigkeit der Anfälle)

Sonstiges/ bitte achten Sie auf folgende medizinische/pflegerische Belange

Tetanus Impfung (Bitte Kopie des Impfpasses beilegen)

nein ja wann zuletzt?

Einverständniserklärungen

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass MitarbeiterInnen der LFR Lebensfreude Reisen gGmbH Herrn/Frau _____ bei der Medikamenteneinnahme unterstützen. Ich nehme zur Kenntnis, dass die MitarbeiterInnen der LFR oftmals über eine staatlich anerkannte medizinisch-pflegerische oder pädagogische Ausbildung verfügen, nicht aber immer. Eine Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme erfolgt durch die MitarbeiterInnen der LFR nur dann, wenn durch die verantwortliche Bezugsperson eine detaillierte Einweisung in Form dieses Medikamentenblattes erfolgt.

Datum, Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)

Medizinische Maßnahmen: Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die MitarbeiterInnen Herrn/Frau _____ im Bedarfsfall bei der Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe unterstützen.

Datum, Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)