

## Beauftragung zur Verabreichung von Medikamenten

Name des /der zu Betreuenden:.....

Anschrift:.....

Geburtsdatum:.....

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Zeiten eingenommen werden:

	Name Medikament	Dosierung:			
		morgens:	mittags:	abends:	nachts:
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

gegebenfalls genaue Uhrzeiten eintragen

Bemerkung/Dauer der Einnahme:

.....  
.....

### Verabreichung von Notfall- bzw. Akutmedikamenten

Bei **akut lebensbedrohlichen Erkrankungen**, wie z. B. bei epileptischen Anfällen allergischen Reaktionen (Insektenstiche!), muss Erste Hilfe geleistet werden. Zuständige Mitarbeitende müssen unterwiesen sein, wann und wie Notfall- bzw. Akutmedikamente im Notfall gegeben werden. Im Zweifel wird immer ohne Zögern ein Notarzt verständigt werden.

<p>Wann ist ein Notfall- bzw. Bedarfsmedikament zu verabreichen? Symptome?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Dosierung von Notfall- und Akutmedikamente:</p> <p>.....</p>
---

Eine **ärztliche Bescheinigung** (Formblatt Anlage 1) über die verordneten Medikamente und deren Dosierung, sowie andere verordnete ärztliche Maßnahmen,

legen wir dieser Beauftragung bei. Änderungen in der Anwendung teile ich unverzüglich mit.

**Angaben zum behandelnden Arzt:**

Anschrift:.....

Telefonnummer:.....

Den behandelnden Arzt habe ich von der Schweigepflicht – nicht \*) – entbunden.

Durch meine Unterschrift bestätigen ich, dass die o.g. Medikamente ärztlich verordnet sind und – nicht \*) – unter die Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes fallen.

Zu allen Medikamenten muss der Beipackzettel (bzw. Kopie) beigelegt werden.

Wenn Medikamente bereits gesetzt in einer Dosierbox bereitgestellt werden, wird mit untenstehender Unterschrift deren Richtigkeit bestätigt.

**Sonderregelung für Ferienfreizeiten**

mit Jugendlichen (ab 16 Jahre) und Erwachsenen:

Ich bin damit einverstanden, dass die Medikamente des zu Betreuende von diesem selbstorganisiert aufbewahrt werden:  Ja  Nein

Der zu Betreuende muss an die Einnahme der Medikamente von dem MitarbeiterInnen der Offenen Behindertenarbeit der Evang. Jugend Augsburg erinnert werden:

Ja  Nein

Ich stelle die Offene Behindertenarbeit der Evang. Jugend Augsburg, vertreten durch Katharina Bezzel, sowie die MitarbeiterInnen von der Haftung frei. Unberührt bleibt die Haftung für vorsätzliche oder grob fahrlässige Pflichtverletzungen, Verletzungen von wesentlichen Vertragspflichten und Verletzungen von Leben, Körper und Gesundheit.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich bei der Medikamentengabe um eine freiwillige Leistung der Offenen Behindertenarbeit der Evang. Jugend Augsburg handelt, die jederzeit nach vorheriger Ankündigung widerrufen werden kann.

Hiermit beauftrage ich die MitarbeiterInnen der Offenen Behindertenarbeit der Evangelischen Jugend Augsburg dem zu Betreuenden die o.g. Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

.....  
Datum/Unterschrift des Personenberechtigten bzw. gesetzlichen Betreuer

.....  
Eingegangen am Datum/Unterschrift der Leitung OBA bzw. FuD

\*) ggf. streichen

Zu beachten ist auch, dass die Verabreichung von Medikamenten durch Mitarbeitende **mit Genehmigung des Trägers** vorgenommen wird.