



Vereinbarung zur Unterstützung bei der Medikamentengabe durch ehrenamtliche Mitarbeiter*innen der Offenen Behindertenarbeit (OBA)

Name

- benötigt keine Medikamente.
- nimmt die verordneten Medikamente völlig selbständig ein.
- Die Aufbewahrung der Medikamente durch Mitarbeiter*innen ist notwendig.
- muss von Mitarbeiter*innen an die Medikamenteneinnahme erinnert werden.
- benötigt Unterstützung und/ oder Beaufsichtigung bei der Medikamenteneinnahme

Wir nehmen zur Kenntnis, dass ehrenamtliche Mitarbeiter*innen der Offenen Behindertenarbeit der Lebenshilfe Nürnberg unabhängig von ihrer beruflichen Ausbildung in der Regel keine medizinischen Kenntnisse haben.

Eine Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme erfolgt durch die ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen nur dann, wenn die benötigten schriftlichen Informationen (ärztliche Medikamentenverordnung, Vereinbarung zur Unterstützung der Medikamentengabe) der OBA mindestens eine Woche vor Veranstaltungsbeginn vorliegen. Die Unterstützung der Medikamentengabe wird von dem /der zuständigen Mitarbeiter *in dokumentiert.

Hiermit bestätigen wir, dass die vom Arzt verordneten Medikamente von uns zuverlässig und sorgfältig gestellt und in eine mit Namen beschriftete Dosette sortiert werden. Diese übergeben wir zu Veranstaltungsbeginn an die zuständigen Mitarbeiter*innen.

Ort, Datum_____
Unterschrift der Eltern / gesetzlichen Betreuers*in

Name: _____

Anlage 1: Medikamentengabe 2 von 2

Die Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten ist unseren Mitarbeiter*innen **nur** erlaubt, wenn diese in Dosetten vorsortiert oder verblistert sind und folgende Verordnung bei der OBA spätestens eine Woche vor Beginn der Veranstaltung vorliegt.

Bitte zurück an:

Offene Behindertenarbeit (OBA)
Lebenshilfe Nürnberg e. V.
Rosenplütstr. 2
90439 Nürnberg

Fax: 0911/58793 - 765

Name: _____

Adresse: _____

Behandelnder Arzt: _____

Telefon im Notfall: _____

Folgende Medikamente werden benötigt:

Name des Medikamentes	Früh	Mittag	Abend	Nacht	Form der Verabreichung

Sonstiges (z.B. Lagerung der Medikamente):

Bedarfsmedikation:

Name des Medikamentes	Bedarfssituation	Dosierung

Ort, Datum_____
Stempel und Unterschrift der Ärztin/ des Arztes