

Einverständniserklärung zur Medikamentenvergabe und medizinischen Versorgung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Martinshof e.V. für mich / meine/n Betreute/n die Medikamentenvergabe in der Werkstatt und im Wohnheim durchführen, dokumentieren und bei Bedarf Arztbesuche zur alltäglichen Versorgung absichern dürfen.

Bei nachfolgend aufgeführten Behandlungen möchte ich im Vorfeld informiert werden:

Bei Notversorgungen / Unfällen / medizinischen Notfällen entbinde ich die Mitarbeiter des Martinshof von der Schweigepflicht gegenüber dem jeweils behandelnden Arzt. In diesen Fällen wird bei bestehender gesetzlicher Betreuung (Gesundheitsfürsorge) die Betreuerin/der Betreuer umgehend informiert.

Die Vergabe von Medikamenten kann nur nach ärztlicher Verordnung erfolgen. Die Vergabe geschieht durch fachkundig geschulte Mitarbeiter des Martinshof.

- Ich möchte die Betreuung, einschließlich Lagerung und Vergabe und die Dokumentation in der Werkstatt.
- Ich möchte die Betreuung, einschließlich Lagerung und Vergabe und die Dokumentation im Wohnheim.
- Ich möchte **KEINE** Betreuung bei Medikamenten und in der medizinischen Versorgung.

Name des Verbrauchers: _____

Unterschrift Verbraucher: _____

Unterschrift gesetzlicher Betreuer: _____
(wenn Gesundheitsfürsorge)

Ort und Datum