

Name: _____ **Vorname:** _____

geboren am: _____

vertreten durch (gerichtlicher Betreuer) _____

Hiermit stimme ich zu, dass die Betreuer der Chausseehaus gGmbH die Medikamente entsprechend der aktuellen Medikamentenverordnung weiterleiten an die entsprechende Vertragsapotheke. Die Medikamente werden durch die Apotheke verblistered.

Die Mitarbeiter der Chausseehaus gGmbH verabreichen die Medikamente.

Die Medikamente werden für mich sachgerecht in einem abgeschlossenen Schrank gelagert.

Eine Selbstverwaltung durch mich wird ausgeschlossen.

- Meine Medikamente werden für mich sachgerecht aufbewahrt.
- Meine Medikamente werden für mich stellvertretend durch Fachpersonal der Apotheke gesetzt.
- Meine Medikamente bekomme ich mehrmals täglich dargereicht

Ich bekomme täglich meine Tagesmedikation (Verblisterung) ausgehändigt, diese verwalte ich selbständig.

Ich bekomme meine Tagesmedikation für mehrere Tage ausgehändigt, diese verwalte ich selbständig.

Ich verwalte meine Medikamente selbständig und bin über die sachgerechte Aufbewahrung belehrt worden.

Ich setze meine Medikamente

- selbständig
- unter Fachaufsicht

Sonstige Absprachen: _____

Abgesetzte und nicht mehr benötigte Medikamente dürfen vom Fachpersonal sachgerecht entsorgt werden.

Die Vollmacht kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Betreuten u./o. Betreuers

erstellt	geprüft	freigegeben
Datum / Qualitätsbeauftragte	Datum / Datenschutzbeauftragte	Datum / Geschäftsführung