





**Angaben zu den aktuell ärztlich verordneten Medikamenten (incl. Injektionen z. B. s.c., i.m.) oder bitte den aktuellen Medikamentenplan/+ ärztlichen Verordnungen beifügen.**

Vielen Dank

F = Früh, M = Mittag, A = Abend, N = Nacht, Bed. = Bedarf

#### **Angaben zu den ärztlichen Verordnungen:**

**Bemerkungen des Arztes\*der Ärztin:** (z.B. aktueller Gesundheitszustand)

Ort/ Datum

**Stempel/ Unterschrift des Arztes\*der Ärztin**

Geltungsbereich: Stationäre Pflege		Revision: 003/01.2024
Bearbeitung: Borst, Kathleen	Prüfung: Rüth, Andrea	Freigabe: Hahn, Ulrike