

	<p style="text-align: center;">Kapitel IV</p> <p style="text-align: center;">Ergebnisqualität auf Basis der QPR-Tagespflege</p> <p>Krankheits- und therapiebedingte Anforderungen und Belastungen</p>	<p>2.1. Medikamentöse Therapie</p> <p>2.1.1. Muster – Bestätigung selbstmitgebrachte Medikamente</p>
---	---	--

2.1.1. Muster – Bestätigung selbstmitgebrachte Medikamente

An

Tagespflege

Verabreichung von selbst mitgebrachten Medikamenten

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bestätige ich Ihnen, dass die von mir an Sie übergebenen Medikamente für Frau/Herrn _____ sowohl in ihrer Art als auch in ihrer Dosierung der ärztlichen Verordnung entsprechen und gemäß meinen Vorgaben zu verabreichen sind.

Sobald Änderungen hinsichtlich der Art oder der Dosierung der Medikamente eintreten, werde ich Sie unverzüglich hierüber informieren.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift Gast / Angehöriger

Freigabe	Bearbeiter	Datum	Änderungsstand	Seite
			0	1

Verteiler: