

	<b>Handbuch Qualitätsmanagement</b>  <b>Mitteilung Medikamentenänderung Apotheke</b>	<b>Kap.</b> <b>D.1.6.5</b>
---	--	-------------------------------

Name der Apotheke: ..... Faxnummer: .....

Bewohnername: ..... Wohnbereich: .....

### Medikamentenveränderung

#### 1. Neuverordnetes Medikament

<b>Datum</b>	<b>Medikament</b>	<b>Dosierung</b>	<b>erhalten</b>

#### 2. Medikament abgesetzt

<b>Datum</b>	<b>Medikament</b>	<b>Dosierung</b>

#### 3. Veränderung der Medikamentendosierung

<b>Datum</b>	<b>Medikament</b>	<b><u>Neue</u> Dosierung</b>

4. Einweisung des/der Bewohners/in ins Krankenhaus am \_\_\_\_\_  
Datum \_\_\_\_\_

5. Entlassung des /der Bewohners/in aus dem Krankenhaus am \_\_\_\_\_  
Datum \_\_\_\_\_

6. Bewohner/in verstorben am \_\_\_\_\_  
Datum \_\_\_\_\_

Datum/ Unterschrift Pflegefachkraft \_\_\_\_\_

Stempel

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.0	September 2025	Seite 1 von 2