

| | | |
|---|---|--------------------------------------|
|  | Handbuch Qualitätsmanagement Geltungsbereich: Pflege | Pflege Kap. D.1.6.5 |
| | Mitteilung Medikamentenänderung Apotheke | |

| | |
|--------------------|--------------|
| Name der Apotheke: | Faxnummer: |
| Bewohner: | Wohnbereich: |

Medikamentenveränderung

1. Neuverordnetes Medikament

| Datum | Medikament | Dosierung | erhalten |
|-------|------------|-----------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

2. Medikament abgesetzt

| Datum | Medikament | Dosierung |
|-------|------------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

3. Veränderung der Medikamentendosierung

| Datum | Medikament | <u>Neue Dosierung</u> |
|-------|------------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

| Freigabe GF | Geprüft ZHL | Bearbeiter | Version | Datum | Seite |
|-------------|-------------|------------|---------|----------------|---------------|
| Frau Busch | Herr Sauder | QMB | 2.0 | September 2018 | Seite 1 von 2 |

| | | |
|--|---|------------------------|
| Evangelische Altenhilfe Ludwigshafen am Rhein gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH  | Handbuch Qualitätsmanagement Geltungsbereich: Pflege | Pflege Kap. D.1.6.5 |
| Mitteilung Medikamentenänderung Apotheke | | |

Datum, Unterschrift Pflegefachkraft

Stempel

| Freigabe GF | Geprüft ZHL | Bearbeiter | Version | Datum | Seite |
|-------------|-------------|------------|---------|----------------|---------------|
| Frau Busch | Herr Sauder | QMB | 2.0 | September 2018 | Seite 2 von 2 |