

An die Einrichtung: „Wohnen auf Zeit“, Pappelweg 17, 59423 Unna

Frei verkäufliche Arzneimittel (z. B Bepanthen, Hustensaft, Cremes etc.)

Mein Patient:in _____ hält sich vom _____

in der Einrichtung Wohnen auf Zeit auf.

Mein Patient:in benötigt Verdauungshilfen:

Ja Nein

Wenn Ja, welches _____

wann: _____

Mein Patient:in bekommt im Bedarfsfall folgende frei verkäufliche Arzneimittel:

Medikament (Frei verkäufliche Medikamente, Salben und Cremes etc.)	Indikation	Wie oft, wann?	Höchstdosis

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des behandelnden Arztes
