

Zurück an:
DRK- KV Hamm e.V.
Brüderstr.59
59065 Hamm



Medikamentenplan

Reiseteilnehmer/in

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Meine Medikamente und Ihre Einnahmezeiten:

| Medikamente | morgens | mittags | abends |
|-------------|---------|---------|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Nehmen Sie die **Beipackzettel** Ihrer Medikamente mit und vergessen Sie bitte nicht, **lebenswichtige Medikamente** gehören ins **Handgepäck**.

Krankheiten, über die mein(e) Betreuerin informiert sein sollte:

1. _____
2. _____
3. _____

Ich habe eine Pflegegrad: **Nein:** ___ **Ja:** ___ **(1/2/3/4/5):** ___

Ich habe einen Behindertenausweis: **Nein:** ___ **Ja:** ___ **GdB:** _____
(bitte in Kopie beifügen)

Ich bringe meinen Rollator mit: **Nein:** ___ **Ja:** ___

Mein Hausarzt:

Name: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____

Mein Ansprechpartner zu Hause:

Name: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____