

**vom Hausarzt  
auszufüllen!**

Dieses Formular können Sie auch am Computer ausfüllen.  
Download unter [www.lebenshilfe-breisgau.de](http://www.lebenshilfe-breisgau.de)

## Ärztliche Zustimmung zur Verabreichung von Bedarfsmedikamenten

Nachstehende Medikamente dürfen \_\_\_\_\_ (Name),  
geboren am \_\_\_\_\_ im Jahr 2025 bei Angeboten der Lebenshilfe Breisgau  
bei Bedarf verabreicht werden.

Für regelmäßig einzunehmende Medikamente gibt es keinen Vordruck der Lebenshilfe.  
Die dafür notwendige, separate Verordnung stellt der behandelnde Arzt/ die behandelnde  
Ärztin aus.

Beschwerde/Notfall	Bedarfsmedikament/ Wirkstoff	Dosierung
Bauchschmerzen		
Bluthochdruck		
Zu niedriger Blutdruck		
Durchfall		
Epilepsie		
Kopfschmerzen		
Menstruationsbeschwerden		
Mückenstiche		
Offene Wunden (z.B. Schürfwunden)		
Spezielle Sonnencreme		
Verstopfung		
Allergien:		
Sonstiges:		

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes/ der Ärztin

**Wenn uns keine ärztliche Genehmigung vorliegt,  
werden keine Bedarfsmedikamente verabreicht!**