

Schlafanstoßende Medikation

Name: _____

Datum	Gibt es Medikamente, die wegen ihrer schlafanstoßenden Wirkung verschrieben sind?	Wurde überprüft, ob eine Reduktion möglich ist?	Wurde reduziert?	Bemerkungen	Dauer der Evaluation (Min)	Name der/des zuständigen Mitarbeitenden
	☐ ja, welche: _____ _____ ☐ Reserve, welche: _____ _____	☐ ja ☐ nein ☐ keine Medikation	☐ ja ☐ nein			
	☐ ja, welche: _____ _____ ☐ Reserve, welche: _____ _____	☐ ja ☐ nein ☐ keine Medikation	☐ ja ☐ nein			
	☐ ja, welche: _____ _____ ☐ Reserve, welche: _____ _____	☐ ja ☐ nein ☐ keine Medikation	☐ ja ☐ nein			