

### Ärztliche Anordnung für Arzneimitteltherapien

Name, Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____ PATIENTENAUFKLEBER _____
Entlassungstag:	_____

Zugangsart:  intravenös  Piccline  subcutan  Midline  epidural  spinal  \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm  
Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg  
eingeschränkte Nierenfunktion:  ja /  nein

### Medikation

Wirkstoff	Wirkstoffmenge (g oder mg)	Gesamtvolumen	Dosierung / Tag

Bemerkung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes