

Bitte ausgefüllt zurücksenden:

Fax 0 23 07.92 67 9-57

vid@akp-plus.de

ÄRZTLICHE ANORDNUNG FÜR ARZNEIMITTEL THERAPIEN

PATIENT

Name/Vorname _____

PATIENTENAUFKLEBER

Geplanter Entlassungstermin: _____

Geburtsdatum _____

Größe (cm) _____

Gewicht (kg) _____

Eingeschränkte Nierenfunktion: Ja Nein

Krankenkasse _____

Versicherungsnummer _____

befreit bis (Datum) _____

Pflegrad: Ja Nein

DIAGNOSE _____

DIABETES Ja Nein Insulinpflichtig

APPLIKATIONSSART Port PICC Midline Hickman/Broviac Groshong Subcutan Sonstige: _____

Letzter Portnadelwechsel (Datum): _____

Letzter Verbandswechsel (Datum): _____

MEDIKATION

Wirkstoff	Wirkstoffmenge (g/mg)	Gesamtvolumen	Dosierung (pro Tag)

ANLAGE (falls vorhanden, bitte mit senden!) Arztbericht Laborwerte Sonstiges: _____

BEMERKUNGEN

Datum: _____ Stempel/Unterschrift (Arzt*Ärztin): _____