

# Verordnung **Ambulante Infusionstherapie**



Bitte tel. unter **0160-99 15 00 01** anmelden und an **0911-89 19 165** faxen

## Patient

Name	Vorname
Straße	PLZ / Ort
Geburtstag	Telefon
Krankenkasse	Versicherungsnummer
Hausarzt	Telefon

Wer übernimmt die Rezeptierung der verordneten Therapie?

Klinikambulanz/Poliklinik  Hausarzt (Bitte vorher tel. Rücksprache!)

## Diagnose

## Therapie

Medikament	Dosis	Laufzeit
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

**Notfallmedikamente** bei allergischen Reaktionen

1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____

Therapiebeginn am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr    Ende am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr

Spiegelbestimmung am \_\_\_\_\_

Zugang  Braunüle  Port  \_\_\_\_\_

Heparin  200 IE  2500 IE  \_\_\_\_\_

## Kontakt für Rückfragen

Name	Telefon
------	---------

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift