Empfänger
(niedergelassener Arzt/Vertragsarzt)

Absender:
(entlassende Klinik)

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

Entlassungsmanagement

Therapieempfehlung zur Fortsetzung der intravenösen Arzneimitteltherapie im ambulanten Bereich

für

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum, (ggf.Patientenaufkleber)

Sehr geehrte Kollegin / sehr geehrter Kollege,

der oben genannte Patient wird in Kürze den stationären Bereich verlassen können und hat sich für die Versorgung durch APOSAN entschieden.

Im Sinne eines reibungslosen Übergangs in den ambulanten Bereich informieren wir Sie darüber, **dass dieser Patient aktuell eine intravenöse Arzneimitteltherapie erhält, die im ambulanten Bereich fortgeführt werden soll. Eine orale Therapie ist in diesem Fall nicht möglich.**

Um den Therapieerfolg sicherzustellen, bitten wir Sie, die intravenöse Arzneimitteltherapie für den ambulanten Bereich zu verordnen. In der Anlage finden Sie unseren Versorgungsvorschlag, durch den die Kontinuität der Therapie sichergestellt wird.

Ihr Einverständnis vorausgesetzt, bitten wir Sie, diesen **Verordnungsvorschlag unterschrieben und gestempelt an die Klinik zurück zu faxen.**

Faxnummer:

Wir leiten die Unterlagen an APOSAN weiter und APOSAN wird kurzfristig für die notwendige Rezeptausstellung (Muster 16 Rezept) auf Sie zukommen.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung

Mit freundlichen Grüßen