APOSAN
SICHER. GUT. VERSORGT.

Vorab per Fax:
0221 160 21 621

Postfach 920235
D-51152 Köln
Telefon: 0221 160 21 600
Fax: 0221 160 21 621
www.aposan-versandapotheke.de

VERSANDAPOTHEKE
PHARMA
HOMECARE

Verordnung parenterale Arzneimitteltherapie

KLINIKDATEN

Klinik/Station/Stempel:	behandelnder Klinikarzt:
	Telefon:
	Fax:

PATIENTENDATEN (GGF. PATIENTENAUFKLEBER)

☐ Der Patient hat sich für die Versorgung durch APOSAN entschieden.

Name:		Geburtsdatum:	
Straße:		Telefon (privat):	
Wohnort:		Versichertennummer(GKV):	
Kostenträger	IK Nummer:	Größe: cm	Gewicht: kg
meldepflichtige Erkrankungen:	Diagnose:	Venöser Zugang: ☐ peripher ☐ zentral-venös ☐ Broviac/Hickman ☐ Port ☐ Picc-Line ☐ Midline	

THERAPIEVORSCHLAG KLINIK

Wirkstoff 1:		**Wirkstoff 2:**	
Einzeldosis:	Tagesdosis:	Einzeldosis:	Tagesdosis:
Applikationsdauer: min		Applikationsdauer: min	
Therapiesystem: ☐ Elastomere Pumpe ☐		Therapiesystem: ☐ Elastomere Pumpe ☐	
Applikation: Uhr, Uhr, Uhr, Uhr		Applikation: Uhr, Uhr, Uhr, Uhr	
Arzneispiegelbestimmung am:		Arzneispiegelbestimmung am:	
vrs. Therapiebeginn: .... Uhr vrs. Heimtherapiebeginn: .... Uhr vrs. Therapieende: .... Uhr		Anmerkungen/Ergänzungen:	APOSAN Versandapotheke Freigabevermerk
Katheter-Block: nach jeder Infusion ☐ NaCl 0,9 %		☐	
☐ Einweisung in die Therapie notwendig		☐ APOSAN An- und Abschluss-Set pro Anwendung/Elastomere Pumpe	

RP. (Rezeptierung der Infusionstherapie für den ambulanten Bereich gemäß Therapievorschlag der Klinik)

☐ Vertragsarzt ☐ Klinikambulanz (§117 SGB V) ☐ Entlassrezept/Klinik ☐ Ermächtigung (§116 SGB V)

rezeptierender Arzt (Therapieverantwortung ambulanter Bereich):	
	Telefon:
	Telefax:

....
(Ort/Datum) (Stempel/Unterschrift rezeptierender Arzt/Therapieverantwortung ambulanter Bereich)

MK-01-VA // Verordnung parenterale Arzneimitteltherapie // Version 10 - 15052024