



## Verordnung über patientenindividuelle Infusions-/Injektions-/Inhalationslösungen

### PATIENTENDATEN (ggf. Patientenaufkleber)

Der Patient hat sich für die Versorgung durch APOSAN entschieden

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Kostenträger:

IK Nr.:

Versichertennummer:

Telefonnummer:

Gewicht:

Größe:

Meldepflichtige Infektionskrankheit:

Diagnose:

Diabetes:

ja  nein

ja  nein

Zugang:  Midline  Picc-Line  Broviac/Hickman  Port  ZVK  peripher  subkutan

### MEDIKATION (zur Anwendung nach Anweisung des Arztes)

**Wirkstoff 1:**

Elastomerpumpe  in

Einzelosis:

Tagesosis:

Infusionsdauer: min.

Trägerlösung: q.s.

Applikationszeiten: Uhr Uhr Uhr Uhr

Spiegelbestimmung am:  nein  ja, am:

**Wirkstoff 2:**

Elastomerpumpe  in

Einzelosis:

Tagesosis:

Infusionsdauer: min.

Trägerlösung: q.s.

Applikationszeiten: Uhr Uhr Uhr Uhr

Spiegelbestimmung am:  nein  ja, am:

Katheterblock:  NaCl 0,9% nach jeder Gabe

**Ambulanter Therapiebeginn** (Datum/Uhrzeit):

**Therapieende** (Datum/Uhrzeit):

Bei Langzeittherapie > 3 Monate: Diese Verordnung ist gültig bis zum \_\_\_\_\_ (erforderlich nach AMVV)

Anmerkungen/Ergänzungen:

**Entlassmanagement: bitte weiterbehandelnden Arzt vor der Klinikentlassung informieren und Unterschrift einholen.**

**VERANTW. ARZT KLINIK** Entlassrezepte:  ja  nein

**VERANTWORTLICHER ARZT AMBULANTE THERAPIE**

Vor- und Nachname, Berufsbezeichnung:

Vor- und Nachname, Berufsbezeichnung:

Telefonnummer:

Telefonnummer:

Fax:

Fax:

Stempel

Stempel

**Datum und Unterschrift**

**Datum und Unterschrift**