



AMBULANTE INFUSIONSTHERAPIE

Verordnung parenterale Arzneimitteltherapie über Elastomerpumpe

Dok. 139 - 02/23

Name/Vorname _____	Telefonnummer _____
Geburtsdatum _____	Krankenversicherung _____
Straße/Hausnr. _____	Versicherten-Nr. _____
PLZ/Ort _____	Zuzahlungsbefreiung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Therapieverantwortliche Klinik

Anschrift _____

Ansprechpartner _____

Telefonnummer _____ Fax _____

Therapieverantwortlicher ambulanter Arzt

Anschrift _____

Telefonnummer _____ Fax _____

Therapierelevante Daten

Diagnose _____

Diabetes Ja Nein

Gewicht _____ kg Größe _____ cm

Zugang periphervenös zentralvenös _____

Stationärer Therapiebeginn _____ Arzneispiegelbestimmung am _____

Ambulanter Therapiebeginn _____ Ambulantes Therapieende _____

Bemerkungen:

Durchführung der Infusionstherapie nach Anweisung des Arztes

Wirkstoff 1 _____	Einzelosis _____	Tagesdosis _____
Applikationsdauer _____	Applikation um _____	_____
Wirkstoff 2 _____	Einzelosis _____	Tagesdosis _____
Applikationsdauer _____	Applikation um _____	_____
Wirkstoff 3 _____	Einzelosis _____	Tagesdosis _____
Applikationsdauer _____	Applikation um _____	_____

 Stempel/Unterschrift therapieverantwortlicher Arzt (Klinik/Ambulanz)

 Stempel/Unterschrift therapieverantwortlicher niedergelassener Arzt

 Ort, Datum

 Ort, Datum

Interner Vermerk von Mediq Deutschland auszufüllen!

Anzahl der Herstellungen _____ Wirkstoff 1 _____ Wirkstoff 2 _____ Wirkstoff 3 _____

tel. Rückruf erfolgt _____ interne Freigabe erteilt _____

BITTE FAXEN AN: 0 800-33 44 801