



BITTE FAXEN AN
0800 3344501

Postanschrift
Mediq Deutschland GmbH
66661 Merzig
Tel 0800 3344500
www.mediq.de

VERORDNUNG PARENTERALE ARZNEIMITTELTHERAPIE

Dok. 175 - 03/26

PATIENTENDATEN

Name, Vorname	_____	Mobilfunknummer	_____
Geburtsdatum	_____	Krankenversicherung	_____
Anschrift	_____	Versichertennummer	_____
Telefonnr.	_____	Größe	_____ cm Gewicht _____ kg
Diagnose	_____	Diabetes	☐ ja
Venöser Zugang:	☐ PICC ☐ Port ☐ Midline ☐ Braunüle ☐ andere _____		

THERAPIEVORSCHLAG KLINIK

Wirkstoff 1:	_____	Einzeldosis	_____	Tagesdosis	_____
	Uhrzeit: _____ Uhr _____ Uhr _____ Uhr _____ Uhr _____ Uhr _____ Uhr				
	Infusionsdauer (über Elastomerpumpe): _____ min.				
Wirkstoff 2:	_____	Einzeldosis	_____	Tagesdosis	_____
	Uhrzeit: _____ Uhr _____ Uhr _____ Uhr _____ Uhr _____ Uhr _____ Uhr				
	Infusionsdauer (über Elastomerpumpe): _____ min.				
Wirkstoff 3:	_____	Einzeldosis	_____	Tagesdosis	_____
	Uhrzeit: _____ Uhr _____ Uhr _____ Uhr _____ Uhr _____ Uhr _____ Uhr				
	Infusionsdauer (über Elastomerpumpe): _____ min.				

Amb. Therapiebeginn	Datum: _____	Uhrzeit: _____	Therapieende	Datum: _____	Uhrzeit: _____
Stat. Therapiebeginn	Datum: _____	Uhrzeit: _____	Blutspiegelkontrolle:	☐ ja am: _____	

Bemerkungsfeld _____

KLINIKDATEN

Klinik | Stempel | Unterschrift

behandelnder Klinikarzt (Vor- und Zuname in Blockschrift)

Telefon _____

REZEPTIERUNG

☐ Entlassrezept / Klinik _____ Ort, Datum _____

Rezeptierender Arzt (ambulanter Bereich)

Name	_____		
Anschrift	_____		
Telefon	_____		
	_____		Stempel / Unterschrift Arzt Therapieverantwortung amb. Bereich