VERORDNUNG & REZEPT

gemäß:

Name/ Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse / Telefon:

KK / zust. IV-Stelle:

Medizinische Maßnahmen als Folge eines Geburtsgebrechen: ☐ ja ☐ nein

---

ART DER THERAPIE:

☐ Parenterale Ernährung ☐ Schmerztherapie ☐ Immunglobulintherapie ☐ AB-Therapie

BEGINN UND DAUER:

Therapiebeginn Datum _____ bis Datum _____ oder Dauertherapie: ☐ ja ☐ nein

Infusionslösung	Menge	Zusatz/ Medikament	Laufzeit von - bis	Geschwindigkeit ml/h	Häufigkeit ☐ tägl. ☐ wöch.
	ml				
	ml				

ZUSÄTZLICHE MEDIKAMENTE:

☐ als Kurzinfusion (KI) ☐ als Bolus i/v ☐ als Bolus s/c

Medikament	Dosierung ☐ mg ☐ ml	Verdünnen/ Auflösen in	Menge	Verabreichung KI, ☐ i/v ☐ s/c	Häufigkeit ☐ tägl. ☐ wöch.
			ml		
			ml		

INFUSIONSPUMPE EINSTELLUNGEN:

Anstieg (Zeit): _____ Stunden

Abstieg (Zeit): _____ Stunden

INFUSIONSPUMPE:

Mobile Infusionspumpe 1-kanalig _____ Anzahl

Mobile Infusionspumpe 2-kanalig _____ Anzahl

Stationäre Infusionspumpe _____ Anzahl

Spritzenpumpe _____ Anzahl

ZUBEHÖR:

Rucksack bis 3.000 ml _____ Anzahl

Kinderrucksack bis 2.000 ml _____ Anzahl

Mittlere Tasche bis 1.000 ml _____ Anzahl

Kleine Tasche (Safe-Anwendung) _____ Anzahl

Infusionsständer _____ Anzahl

SONSTIGES: _____ _____ Anzahl

WECHSEL VON DURCHLAUF- / MEDIKAMENTENKASSETTE / INFUSIONSSCHLAUCH:

☐ 1 X PRO MEDIKATION UND TAG

☐ ANDERE:

VERORDNENDER ARZT:

Ort, Datum | Name, Vorname | Konkordatsnummer | Unterschrift, Stempel