

F216 Anforderung PCA / Schmerztherapie



Praxis / Klinik:

Per Fax an 07941 95 77 98 99

Platz für Bestätigung der Apotheke

An
 Die Hirschapotheke Dr. Peter Müller e.K.
 Sterilherstellung
 Marktplatz 3
 D – 74613 Öhringen
 Tel.: 07941 95779898
 Fax: 07941 95779899
 Email: onkologie@diehirschapotheke.de

Patient (Name, Vorname, geb.)	Adresse	Tel.
-------------------------------	---------	------

Versicherung	Hausarzt	Rezepte werden ausgestellt durch
--------------	----------	----------------------------------

Für die Versorgung relevante Diagnosehinweise	Zugang	Bemerkungen
	<input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Empfehlung der Apotheke zur Schmerztherapie wird erbeten

Gewünschter Beginn der Versorgung		Arzneimittel (Wirkstoff)	Dosierung [mg/h] !!!	Bolus [mg]	Sperrzeit [min]	Max. Anzahl Boli in <input type="text"/> h
Datum	Uhrzeit					

Datum: _____ Unterschrift verantwortl. Arzt: _____

Name d. Arztes (leserlich): _____