F217 Fax-Anforderungsformular Antibiose

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.		Zugang	☐ Port ☐
Körpergewicht [kg]		Körpergröße [cm]		Therapie-beginn (Datum, Uhrzeit)		Therapiedauer	
Spiegel-bestimmung	☐ Ja, Information über Dosisänderung folgt am bis Uhr ☐ Nein, Blutpiegelkontrolle / Dosisanpassung nicht geplant			Bemerkungen			

Arzneimittel (Wirkstoff)	Dosis [mg]	Trägerlösung	Endvolumen [mL]	Applikationsbehältnis	Applikations-dauer	Anzahl Applikationen pro Tag	Uhrzeiten der Applikationen	Gesamt-anzahl Applikationen

_____ , _____
Datum Unterschrift verantwortl. Arzt

_____
Name d. Arztes (leserlich)