

Anmeldung & Verordnung intravenöse Antibiotikatherapie

Name / Vorname

Adresse

PLZ / Ort

Telefonnummer

Geburtstag

Krankenkasse

Der Antrag zur Kostenübernahme durch die Krankenkasse läuft

Datum des Austritts

Der Patient tritt nach Hause aus Spitex ist involviert

Name der Spitex

Der Patient tritt in folgende Institution aus

Zugang Port-à-Cath PICCline Broviac Hickmann Periferer Zugang

Einlagedatum

Produkt

Trägerlösung

Name der zuweisenden Organisation / Arzt / Person

Datum

Bemerkungen

Verordnung und Rezept

Name /Vorname

Adresse

PLZ / Ort

Beginn der Therapie

Trägerlösung

Menge

Laufzeit

Geschwindigkeit ml/h

Häufigkeit

täglich

wöchentlich

letzte Gabe in der Institution

Datum

Uhrzeit

Zusätzliche Infusionen

Menge

Laufzeit

Geschwindigkeit ml/h

Häufigkeit

täglich

wöchentlich

Verabreichung

i/v

s/c

KI

Abschluss der Infusion

NaCl 0.9% Ampulle à 100ml / 20ml

Heparin 500 I.E Amp. à 5ml

Taurolock 1 Ampulle à 3ml / 5ml

Taurolock HEP100 1 Amp. à 5ml

Nadelwechsel alle

Tage

Nadelgrösse

letzter Microclavewechsel

Datum

letzter Verbandswechsel

Datum

Verordneter Arzt:

Stempel und Unterschrift: