

# Anmeldung einer amb. Antibiotikatherapie

Bitte an Fax: **0911-9772323** schicken



Bitte Pat. telefonisch unter **0160-99150001** anmelden!

Patientendaten	Klinik	(Stempel)
<b>Vorname</b>	<b>Name</b>	
<b>Name</b>	<b>Station</b>	
<b>Straße</b>	<b>Straße</b>	
<b>PLZ / Ort</b>	<b>PLZ / Ort</b>	
<b>Geb.</b>	<b>Name des Arztes</b>	
<b>Telefon</b>	<b>Telefon</b>	
<b>Krankenkasse</b>	<b>Fax</b>	

## Therapie

Medikament	Dosis	Uhrzeit	Laufzeit
1.			
2.			
3.			
4.			

**Therapiebeginn** am: \_\_\_\_\_ um: \_\_\_\_\_

**Therapieende** am: \_\_\_\_\_ um: \_\_\_\_\_

**Die Spiegelbestimmung erfolgt am** \_\_\_\_\_

**Schulung des Patienten soll erfolgen:** am: \_\_\_\_\_ um: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

## Zugang

Braunüle     Butterfly     Port     anderer \_\_\_\_\_

**Allergien / Unverträglichkeiten:** \_\_\_\_\_

**Sonstige Anordnungen / Besonderheiten:** \_\_\_\_\_

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Stempel Unterschrift: \_\_\_\_\_