

Anmeldung einer ambulanten pumpengesteuerten Schmerztherapie



Bitte an Fax **09 11 - 977 23 23** zurückfaxen

Patient:			
Name:		Vorname:	
Straße:		PLZ / Ort:	
Geb.:		Telefon:	
Krankenkasse:		Zugang:	
Diagnosen:			

Bei o. g. Patienten möchte ich Sie bitten, die ambulante Betreuung in meinem Auftrag zu übernehmen.

Pumpentyp:		<input type="checkbox"/> mechan. Pumpensystem
		Typ:

Medikament:	Dosis/d in mg	Gesamtdosis in mg

Pumpeneinstellung:		
Konzentration:		mg/ml
Kontinuierlich:		mg/h
Bolus:		mg
Boluszeit:		Minuten
Sperrzeit:		Minuten
Kassettenvolumen gesamt:		
letzte Kassettenbefüllung am:		Laufzeit: <input type="text"/> Tage
Therapiebeginn am:		

Sonstige Anordnungen:

Im Notfall kann die Dosis durch den Mitarbeiter vom Infusions- & Palliativteam SPK erhöht werden auf:

Bolus:		mg
Kontinuierlich:		mg/h
Einzeldosis		mg

Anmeldende Klinik / Arzt:	
Name:	
Adresse	
PLZ / Ort	
Telefon:	

Datum:

Stempel / Unterschrift: