

Station: \_\_\_\_\_ Kostenstelle: \_\_\_\_\_  
 Patient: \_\_\_\_\_ Zimmer: \_\_\_\_\_  
 Stationsarzt: \_\_\_\_\_ Tel. Arzt: \_\_\_\_\_

| Sonderverordnung/-bestellung<br>Arzneimittel ausserhalb Dispensarium |                       |   |   | Pharmazeutischer Kommentar:<br>Vorschlag zur Therapieänderung/-anpassung |                          |                          |                                |                       |   |   |   |          |                    |
|--|-----------------------|---|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|-----------------------|---|---|---|----------|--------------------|
| Präparat inkl. Dosierstärke  | Dosierungs-<br>schema |   |   |  | Wieder-<br>holung        | Lieferung<br>Express     | Substitution durch<br>Präparat | Dosierungs-<br>schema |   |   |   | Hinweise | Verfügbar-<br>keit |
|  | ⌚                     | ⌚ | ⌚ | ☾  |                          |                          |                                | ⌚                     | ⌚ | ⌚ | ☾ |          |                    |
|  |                       |   |   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                |                       |   |   |   |          |                    |
|  |                       |   |   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                |                       |   |   |   |          |                    |
|  |                       |   |   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                |                       |   |   |   |          |                    |
|  |                       |   |   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                |                       |   |   |   |          |                    |

Patient mit Ernährungssonde  
 Patient mit Schluckstörungen  
 anderes (bitte hier notieren): \_\_\_\_\_

**Zuständiger Pharmazeut:**

Name: \_\_\_\_\_  
 Tel.: \_\_\_\_\_  
 Datum/Visum: \_\_\_\_\_

**ROT** geschriebene Vorschläge müssen mit dem **Stationsarzt** abgesprochen werden.

Arzneimittel gemäss **AML/Lager** = A  
 Extern **Bestellt** durch SPH = B  
 Medikament im **Dispensarium** = D

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Arzt: \_\_\_\_\_

Station: \_\_\_\_\_ Kostenstelle: \_\_\_\_\_  
 Patient: \_\_\_\_\_ Zimmer: \_\_\_\_\_  
 Stationsarzt: \_\_\_\_\_ Tel. Arzt: \_\_\_\_\_

| Sonderverordnung/-bestellung<br>Arzneimittel ausserhalb Dispensarium   |                       |   |   | Pharmazeutischer Kommentar:<br>Vorschlag zur Therapieänderung/-anpassung |                          |                          |  |                       |   |   |   |          |                   |  |
|--|-----------------------|---|---|--|--------------------------|--------------------------|--|-----------------------|---|---|---|----------|-------------------|--|
| Präparat inkl. Dosierstärke  | Dosierungs-<br>schema |   |   |  | Wieder-<br>holung        | Lieferung<br>Express     | Substitution durch<br>Präparat   | Dosierungs-<br>schema |   |   |   | Hinweise | Verfügar-<br>keit |  |
|  | ⌚                     | ⌚ | ⌚ | ☾  |                          |                          |  | ⌚                     | ⌚ | ⌚   | ☾ |          |                   |  |
|  |                       |   |   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                       |   |   |   |          |                   |  |
|  |                       |   |   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                       |   |   |   |          |                   |  |
|  |                       |   |   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                       |   |   |   |          |                   |  |
|  |                       |   |   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                       |   |   |   |          |                   |  |
| <input type="checkbox"/> Patient mit Ernährungssonde<br><input type="checkbox"/> Patient mit Schluckstörungen<br><input type="checkbox"/> anderes (bitte hier notieren): |                       |   |   |  |                          |                          | <b>Zuständiger Pharmazeut:</b><br><br>Name:<br>Tel.:<br>Datum/Visum:                             |                       |   |   |   |          |                   |  |
| Datum: _____ Unterschrift Arzt: _____  |                       |   |   |  |                          |                          | <b>ROT</b> geschriebene Vorschläge müssen<br>mit dem <b>Stationsarzt</b> abgesprochen<br>werden. |                       |   | Arzneimittel gemäss <b>AML/Lager</b> = A<br>Extern <b>Bestellt</b> durch SPH = B<br>Medikament im <b>Dispensarium</b> = D |   |          |                   |  |