

Station: \_\_\_\_\_

Stations-Nr. : \_\_\_\_\_

Patient: \_\_\_\_\_

Zimmer: \_\_\_\_\_

Stationsarzt: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Sonderverordnung /-bestellung Arzneimittel ausserhalb Dispensarium					Pharmazeutischer Kommentar: Vorschlag zur Therapieänderung /-anpassung								
Präparat inkl. Dosierstärke	Dosierungs- schema				Ad rep. <input checked="" type="checkbox"/>	Keine Änderung	Substitution durch Präparat	Dosierungs- schema				Hinweise	Verfügbar- keit
1					<input type="checkbox"/>								
2					<input type="checkbox"/>								
3					<input type="checkbox"/>								
4					<input type="checkbox"/>								
5					<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> Patient mit Ernährungssonde (gastral/jejunal) <input type="checkbox"/> Patient mit Schluckstörungen <input type="checkbox"/> anderes (bitte hier notieren):					Zuständiger Pharmazeut: Name: Tel.: Datum/Visum:							↓	
Datum: _____ Unterschrift Arzt: _____					ROT geschriebene Vorschläge müssen mit dem <b>Stationsarzt</b> abgesprochen werden.				Bestellt in der Spital-Pharmazie = <b>B</b> Arzneimittel gemäss AML = <b>A</b> Medikament im Dispensarium = <b>D</b>				