

Datum:	24.09.18
Seite:	1 von 1
Gültig ab:	Siehe Deckblatt
Autorisierte Kopie Nr.:	Siehe Deckblatt
Dokumentnummer:	AA0041-V05-B01.docx

**Logistik von Thalidomid**
**Arbeitsanweisung**
**Bestellformular**

Durch Arzt / Pflegepersonal auszufüllen:	
Name des Arztes:	Telefon / Piepser:
Spital / Station:	Stationsnummer:
Patientenname:	Anzahl OP Thalidomid® 50 mg 50 Stk
Geburtsdatum:	Dosierung:
Indikation: <b>Bitte ankreuzen</b>	<input type="checkbox"/> Multiples Myelom, Plasmozytom <input type="checkbox"/> ENL (Erythema nodosum leprosum)  <input type="checkbox"/> Andere Indikationen: _____ Andere Indikationen → <b>Zusätzlich ist die OA Unterschrift notwendig</b>
Datum:	Name / Unterschrift Arzt:
	Name / Unterschrift OA : (bei nicht zugelassener Indikation)
<b>Formular bitte an die Spital-Pharmazie faxen (intern 52300)</b>	

Autorisierte Kopie - Nur gültig mit rotem Aufdruck

**Bitte legen Sie der ersten Bestellung die unterschriebene Einverständniserklärung bei.**