


Station: _____ Anfrage von: Name: _____
 Patient: _____ Tel.: _____
 Datum: _____

Medikation bisher/neu

Medikation bei Sondengabe/Schluckstörung

	Präparat inkl. Dosis- stärke / Darreichungsform	von zu Hause mitgebracht <input checked="" type="checkbox"/>	Dosierungs- schema				Substitution durch folgendes Präparat (falls notwendig)	Hinweise zur Verabreichung	Dosierungs- schema				Verfüg- barkeit
1		<input type="checkbox"/>											
2		<input type="checkbox"/>											
3		<input type="checkbox"/>											
4		<input type="checkbox"/>											
5		<input type="checkbox"/>											
6		<input type="checkbox"/>											
7		<input type="checkbox"/>											
8		<input type="checkbox"/>											
9		<input type="checkbox"/>											
10		<input type="checkbox"/>											
11		<input type="checkbox"/>											
12		<input type="checkbox"/>											
Besondere Hinweise: <input type="checkbox"/> Patient mit Nasogastraler Sonde <input type="checkbox"/> Patient mit PEG Sonde <input type="checkbox"/> Patient mit Schluckstörungen <input type="checkbox"/> anderes (bitte hier notieren):						Datum: Unterschrift Pharmazeut:		Zermörserbar = Z Suspendierbar = S Löslich in Wasser = L				 D B	
						Tel.:		Medikament im Dispensarium = Bestellt in der Spitalpharmazie =					