


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 = | | | | | |