

ANFRAGEFORMULAR

Infusionstherapie mit Medikament

- 1e Anfrage für häusliche Verabreichung, gewünschtes Lieferdatum _____
- Verlängerung/ Veränderung des Medicamentes. Neue Dosierung/ Verlängerung gilt ab Datum: _____

1**DATEN DES PATIENTEN**

Nachname _____ Anfangsbuchstaben _____ M W

Geburtsdatum _____ BSN _____

Adresse _____ Postleitzahl, Ort _____

Telefon _____ Email _____

Name der Kontaktperson _____ Telefon der Kontaktperson _____

Name der Krankenkasse _____ Nummer der Krankenkasse _____

Name der eigenen Apotheke _____ Ort der eigenen Apotheke _____

Die Mediq Tefa Apotheke nimmt Kontakt zu ihrer eigenen Apotheke auf, um Medikamentsüberwachung möglich zu machen

2**WOHNSITUATION DES PATIENTEN**

Falls der Patient zeitweilig eine andere Adresse besitzt und die Hilfsmittel an diese Adresse geschickt werden sollen, füllen Sie bitte dieses Feld aus.

- Patient lebt in einer Pflegeeinrichtung

Name Pflegeeinrichtung _____

Adresse _____

Postleitzahl, Ort _____

Telefon Pflegeeinrichtung _____

3**LIEFERADRESSE**

Falls die Lieferadresse anders ist, bitte dieses Feld ausfüllen

Pflegeeinrichtung _____

Adresse _____

Postleitzahl, Ort _____

4**RECHNUNG SENDEN AN**

- Krankenkasse Krankenhaus oder Pflegeeinrichtung Ich weiß es nicht

Kaufnummer _____

Zeichen autorisiert _____

E-mail _____

Telefon _____

5**BERECHTIGUNGSNACHWEIS**

- Der Patient stimmt zu, dass Mediq Tefa die Medikamentendaten mit der eigenen Apotheke austauscht. Durch ankreuzen des Feldes stimmt der Anfrager zu das er dieses mit dem Patienten besprochen hat, und das der Patient damit einverstanden ist.

Weiter auf der Rückseite dieses Formulars



6

REZEPT

Diagnose _____

Medikament _____

Dosierung _____

Zugangsweg: Subkutan

Intravenoes Centraal Port-Hickmann Anders: _____

Epiduraal/Spinal

Medikament zum Flushen : (Heparine = _____ EH / _____ ml)

Flacon 10ml Nacl 0,9%

Beutel 100ml Nacl 0,9%

Bei Medikamentspiegel abhängige Therapie:

Frequenz Laborabnahme _____ x pro woche Datum Ende der Therapie _____

Besteht die Möglichkeit das die Infusionspumpe in der Nähe einer Chemotherapie oder Resistenten Bakterien (z.B:MRSA) eingesetzt wird? Ja Nein

7

BENÖTIGTE HILFSMITTEL

Das Antibiotikum kann über Kasette oder Infusionsbeutel verabreicht werden, hierfür haben wir verschiedene (Mobile) Pumpen zur Verfügung

Medicatie opgelost in: Kasette Infusionsbeutel

Gewünschte Pumpe: _____

Startpaket liefern Ja Nein

8

INFUSIONSPUMPE

Ich bestelle die Pumpe auf den Namen des Patienten. Nach Beendigung der Therapie wird die Pumpe bei dem Patienten abgeholt

9

PERSÖNLICHE DATEN DES AUFTRAGGEBERS:

Auf der Anfrage muss vermerkt sein wer der Auftraggeber ist. Um eine Kostenerstattung durch die Krankenkasse zu gewährleisten, muss der Auftraggeber ein Arzt sein

Name des Auftraggebers _____ Telefon _____

Facharzt: _____

Datum _____ Unterschrift _____

10

DATEN KONTAKTPERSON KLINIK

Name _____

Datum _____

Telefon _____ Unterschrift _____

11

DATEN PFLEGEDIENST / HELFER

Wenn nötig stimmt sich Mediq Tefa mit dem Plegedienst über die Lieferung ab

Daten Pflegedienst / Helfer _____ Name des Pflegedienstes _____

Name der Kontaktperson _____ Telefon _____

E-mail _____

12

Nur ausfüllen wenn das Formular Gefaxt wird

DATEN PATIENT

Nachname _____ Anfangsbuchstaben _____ M W

BSN _____