

	Handbuch Qualitätsmanagement Geltungsbereich: Pflege	Pflege Kap. D.1.6.4
Bestätigung mündlicher ärztlicher Anordnung		

An die Praxis: _____

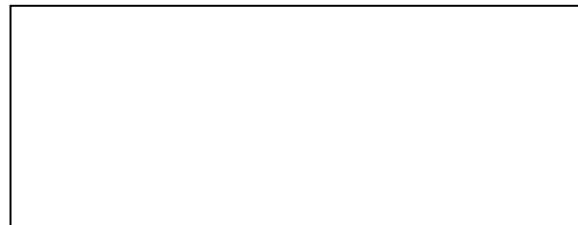
Wir bitten um schriftliche Bestätigung folgender telefonischer / mündlicher ärztlicher Anordnung für Herrn / Frau _____

Anordnung vom: _____ durch (Arzt): _____

Inhalt der ärztlichen Anordnung (z.B. Medikation, Verbände, Salben):

Medikament	Applikationsform	Menge/Häufigkeit	Befristung

Mit freundlichen Grüßen



Freigabe GF	Geprüft ZHL	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	Herr Sauder	QMB	2.0	September 2018	Seite 1 von 1