

|  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
|  | <b>Handbuch Qualitätsmanagement</b><br><b>Geltungsbereich: Pflege</b> | <b>Pflege</b><br><b>Kap. D.1.6.4</b> |
|  | 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):

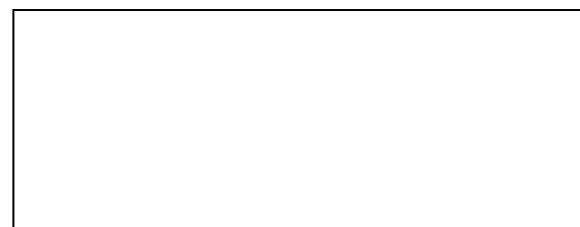
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

| Medikament | Applikationsform | Menge/Häufigkeit | Befristung |
|------------|------------------|------------------|------------|
|            |                  |                  |            |
|            |                  |                  |            |
|            |                  |                  |            |
|            |                  |                  |            |

Mit freundlichen Grüßen



Unterschrift der Pflegefachkraft

Stempel der Einrichtung

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