

 Evangelische Altenhilfe Ludwigshafen am Rhein <small>gesellschaftliche Betriebsgesellschaft mbH</small>	Handbuch Qualitätsmanagement Bestätigung mündlicher ärztlicher Anordnung	Kap. D.1.6.4
--	--	-----------------

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	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.0	November 2024	Seite 1 von 1