

| | | |
|---|---|-----------------|
|  | Handbuch Qualitätsmanagement | 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



Unterschrift der Pflegefachkraft

Stempel der Einrichtung

| Freigabe GF | Geprüft | Bearbeiter | Version | Datum | Seite |
|-------------|---------|------------|---------|----------------|---------------|
| Frau Busch | QMB | QMB | 2.0 | September 2025 | Seite 1 von 1 |