



ANMELDUNG INFUSIONSTHERAPIEN

HIRSLANDEN KLINIK LINDE
NOTFALLZENTRUM LINDE
BLUMENRAIN 105
CH-2501 BIEL
T +41 32 366 43 00
MAIL: NOTFALLZENTRUM.LINDE@HIRSLANDEN.CH

PATIENTENANGABEN

Name	Vorname	Geburtsdatum	Name/Vorname der Eltern (bei Minderjährigen)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse/Nummer	PLZ/Ort	Land	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon	Mobile	Nationalität/Heimatort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
AHV-Nr.	Geschlecht	Sprache	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> f	
Grundversicherung (Name KK)	Policen-/Kundennummer		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Zusatzversicherung (Name)	Policen-/Kundennummer		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

MEDIZINISCHE INFORMATIONEN

ICD-10 GM	Diagnose
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ICD-10 GM	Nebendiagnosen
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Allergien	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

MEDIKAMENTE/VERORDNUNG

EK (in der Regel Blutabnahme am Vortag inkl. Bestellung der Blutprodukte)
Anzahl

Ferinject® (Eisencarboxymaltose)
Dosis/Häufigkeit

Rocéphine® (Ceftriaxon)
Dosis/Häufigkeit

Flammazine® (sterile Strahlenpflege)
Dosis/Häufigkeit

Andere Therapien
Dosis/Häufigkeit

Medikament wird mitgebracht

Die Verantwortung für die Verordnung obliegt der untenstehenden Ärztin, dem untenstehenden Arzt. Die Notfallärztin, der Notfallarzt wird hiermit beauftragt, die klinische Durchführung der verordneten Therapie zu übernehmen. Im Zweifelsfall wird sie, er Rücksprache nehmen.

Datum	Anmeldende Ärztin, anmeldender Arzt
<input type="text"/>	<input type="text"/>

SENDEN