

Anforderung parenterale Ernährungstherapie (TPN)

Anfordernde Apotheke:		
Straße:		
PLZ/Ort:		
Ansprechpartner:		
Telefon:		
Telefax:		
E-Mail:	Gewünscher Liefertermin:	
PATIENTENDATEN (GGF. PATIENTENAUFKLEBER)		
Name:		
Geburtsdatum:	Größe:	Gewicht:
ZUSAMMENSETZUNG		
Aminosäuren:	g	Energie: kcal
Kohlenhydrate:	g	Volumen: ml
Fette:	g	
Alternativ: Gewünschtes Klinik-Infusionsregime gemäß Anlage: ja nein		
ELEKTROLYTZUSÄTZE (BEI BEDARF)		
ml K ⁺ [7,45%]	ml NA ⁺ [10%]	
BEMERKUNGEN		

Auf Basis der Abgrenzungs- und Liefervereinbarung beauftragen wir APOSAN Pharma mit der Herstellung der Arzneimittel sowie mit dem Versand an die anfordernde Apotheke.

.....
(Ort/Datum)

.....
(Stempel/Unterschrift der anfordernden Apotheke)

Die aktuelle Version dieses Vordruckes steht auch im Internet unter www.aposan.de zum Download bereit.