



Formular: ärztlich verordnete Behandlungspflege

Frau / Herr _____ geb. am _____

wohnt ab dem _____ für eine begrenzte Zeit in unserer Einrichtung.

Wir bitten Sie, Ihre Anordnungen im Rahmen der Behandlungspflege schriftlich zu erteilen.

Behandlungspflege	Häufigkeit	Präparat / Bemerkung
Injektionen s.c.		Präparate bitte auf Überleitung
Dekubitusversorgung St. 1+2		
Dekubitusversorgung St. 2 (3+)		
Dekubitusversorgung St. 3 + 4		
RR-Messung		
BZ-Messung		
Medikamentengabe		Präparate bitte auf Überleitung
Bilanzierung		
Augentropfen		
Medizin. Einreibung + Wickel		
Wundversorgung und -pflege		
Verbandswechsel		
Stomaversorgung		
Kompressionsstrümpfe		
Kompressionsverband		
Magensonde + enterale Ernährung		
Parenterale Ernährung		
Versorgung Tracheostoma		
Absaugen		
Katheterisierung		
Blasenspülung		
Einlauf, Klistier, Klyisma		
Digitales Ausräumen		
Infusionstherapie		
Pflege ZVK / Post		

Sonstiges:

.....
.....

Ort / Datum _____

Unterschrift des Arztes / Stempel _____

Archivierung: Kundenakte

Freigabe:	Bearbeiter	Revisionsstand	Seite
Frau Manuela Jansen	Frau Ritter	28.03.2013 / 1	2 von 2