



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 |