

Folgende Merkmale muss jede **Dauermedikamentenverordnung** ([0103FO](#)) aufweisen:

Name des Patienten mit Geburtsdatum

| Name des Medikaments mit Medikamentenstärke (z.B. mg, ml,...) | Dosierung/Art der Verabreichung | Verabreichungszeitpunkt (z.B. vor/nach Frühstück) | Dauer | Hand- zeichen Arzt |
|---|---------------------------------------|--|-------|--------------------------|
| MUSTER | | | | |

Ort, Datum, Stempel

Bei **Bedarfsmedikation** ([0104FO](#)) muss die Indikation und Höchstdosierung (bspw. Fieberzäpfchen) angegeben werden:

Beispiel:

| Datum | Arzt | Nr. | Bedarfssituation | Medikamente | genaue Dosis/ Art der Verabrei- chung | Höchst- dosis/ Tag | Ende Datum | Arzt |
|----------|------|-----|---|--|---|--------------------------------|---------------|------|
| 21.05.08 | Hz | | Temperatur von 38,0 Grad –39,0 Grad | Acetylsalicyl- säure (Aspirin/ASS) | 1 Tbl. 500 mg | 1000 mg | | Hz |
| | | | Schnupfen | Colynt | 1 Hub | 3 x1 Hub, max. 5 Tage | | Hz |
| | | | Produktiver Husten (Bronchitis) | ACC 600 mg | 1 Tbl. 600 mg | 600 mg | | Hz |

Weiterhin möchten wir Sie bitten, keine losen Medikamente in Tages- oder Wochendosetten mitzugeben, da hier keine Zuordnung der Medikamente möglich ist.