



# ANFORDERUNGSBOGEN FÜR STERILE ZUBEREITUNGEN

Herstellungsauftrag für individuelle Rezeptur Arzneimittel

Bestellung per FAX: +49 6174-9929-689 · per E-Mail: spb@apotheke-koenigstein.de

Patient:	Telefonnummer:
----------	----------------

Diagnose:
-----------

## Patientendaten:

Anschrift:
------------

Geb.-Datum:	Gewicht:	Körpergröße:
-------------	----------	--------------

Krankenkasse:	Vers.-Nr.:
---------------	------------

Arzt (Praxis):
----------------

Applikationstag:	Uhrzeit ca.:	gewünschtes Anlieferdatum:
------------------	--------------	----------------------------

Medikament	Einzelosis	Volumen (ml)	Trägerlösung	Sonstiges (Kreatinin, Zyklus, weitere Therapiedaten etc.)

Zusatzmedikation Fertigarzneimittel:
--------------------------------------

Zusatz Hilfsmittel:
---------------------

## Interne Informationen (wird von Apotheke ausgefüllt):

Arzneimittel-PZN:	Hersteller:	Charge:
-------------------	-------------	---------

Arzneimittel-PZN:	Hersteller:	Charge:
-------------------	-------------	---------

Arzneimittel-PZN:	Hersteller:	Charge:
-------------------	-------------	---------

Namenszeichen:		
----------------	--	--

Stempel:
----------

Unterschrift verordnender Arzt