

Zytostatika-Anforderung

Patientenetikett oder

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht: w ☐ m ☐ d ☐

KRH Haus:

Station:

Tel:

Indikation:

Angaben zur Dosisberechnung

Körpergröße: m

Körpergewicht: kg

Körperoberfläche(KOF): m²
(Berechnung nach DuBois)

Körperoberfläche (KOF) bei Über-/Untergewicht für die Dosisberechnung anpassen?

☐ Nein

☐ Ja, Berechnung mit AIKG (angepasst idealisiertem KG = Idealgewicht + 40% des Übergewichts)

☐ Ja,

Nierenfunktion

Serumkrea: mg/dl

oder

GFR: ml/min

Nach Wählen Sie ein Element aus.
(Bestimmungsmethode)

Dialyse: ☐ Nein

☐ Ja, Methode:

Arzneimittel

Applikation am: (Datum bzw. Intervall und Zeitraum)	Wirkstoff	Dosierung pro ☐ kg ☐ m ² ☐ absolut	Dosis (absolut)	Applikations- art
Datumsauswahl				☐ Infusion ☐ Injektion ☐ _____
Bemerkung:				
Datumsauswahl				☐ Infusion ☐ Injektion ☐ _____
Bemerkung:				
Datumsauswahl				☐ Infusion ☐ Injektion ☐ _____
Bemerkung:				

Datumsauswahl

Datum

Anfordernder Arzt

Unterschrift

Durchwahl

Auszufüllen durch die Apotheke

Erfasst und
Plausibilität
geprüft durch: