Formular drucken | Dieses Formular ist am Bildschirm ausfüllbar | Formular zurücksetzen

Klinik / Station / Praxis

UNIVERSITÄTS KLINIKUM FREIBURG
Department Innere Medizin
Klinik für Rheumatologie und Klinische Immunologie
Telefon: 0761 270-77020
Telefax: 0761 270-77021
rheuma-infusion@uniklinik-freiburg.de

Verordnung von Biologika - extern -

Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungsstatus: ☐ Kasse ☐ Privat

Gewicht: _____ [kg] Größe: _____ [cm]

Diagnose: _____

Medikament(e): _____

Zu verordnendes Biologikum: _____

Applikationsart: ☐ i.v. ☐ s.c. Dosierung / Intervall: _____ [mg] / _____

Merkblatt DGRh ausgehändigt, Patient wurde aufgeklärt: ☐ nein ☐ ja

Verordnender Arzt: _____

Einverständnis liegt vor: ☐ nein ☐ ja

Diagnostik vor Therapiebeginn

Untersuchungen	Datum	auffällig
Röntgen Thorax (innerhalb der letzten 3 Monate vor anti-TNF, bei RTX Therapie einmalig)	_____	☐ nein ☐ ja
Tb-Untersuchung (Quantiferontest)	_____	☐ nein ☐ ja
Hepatitis B-Serologie (nicht älter als 6 Monate oder nach Impfung antiHbS nicht älter als 1 Jahr)	_____	☐ nein ☐ ja
Bei positiver HBV Serologie antivirale Therapie mit _____ begonnen am:	_____	☐ nein ☐ ja

Impfstatus

			Datum			
Influenza	☐ nein	☐ ja	_____	Herzinsuffizienz NYHA III-IV	☐ nein	☐ ja
Pneumokokken	☐ nein	☐ ja	_____	Malignom in den letzen 5 Jahren	☐ nein	☐ ja
Herpes Zoster (< 60 Jahre)	☐ nein	☐ ja	_____	Schwangerschaft ausgeschlossen	☐ nein	☐ ja
Hepatitis B-Impfung	☐ nein	☐ ja	_____	Divertikulitis (bei Toci)	☐ nein	☐ ja
Lebendimpfung innerhalb der letzten 4 Wochen	☐ nein	☐ ja	_____			

Allergien: _____

Weitere Informationen für das Infusionspersonal:

_____

_____ Datum

_____ ärztliche Unterschrift und Stempel

☐ Merkblatt eingescannt

60132418 ForManFR / 19.07.2016

Formular drucken | Formular zurücksetzen