

Anlage 2 zu BT 8.2

	<h2>Nachweis über den Verbleib von Plasmaderivaten (TFG § 14 (2) und § 17 (2))</h2>
---	---

Apotheke

Bitte Patientenaufkleber benutzen oder in Blockschrift schreiben!		
Chargennummer		Verfallsdatum
Präparat / Pharmazentral Nr.		
Krankenhaus/Station		Auswärtiges Krankenhaus/Praxis (Stempel)
<input type="radio"/> KH	Station	
<input type="radio"/> KH		
<input type="radio"/> KH		
<input type="radio"/> KH		
Patient/Empfänger		
Name:		Vorname:
Geb. Datum:		Geschlecht:
nur bei Hämophilie:		M <input type="radio"/>
<input type="radio"/> angeboren <input type="radio"/> erworben		W <input type="radio"/>
<input type="radio"/> leicht <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> schwer		
<input type="radio"/> applizierte Gesamtdosis		<input type="radio"/> ohne Nebenwirkungen
Datum /Uhrzeit der Applikation:		<input type="radio"/> mit Nebenwirkungen*
Verantwortlicher Arzt (Bitte in Blockschrift):		
Unterschrift des Arztes:		

*bei Nebenwirkungen bitte Apotheke informieren!