

Infusionsplan/Rezept für die parenterale Therapie (Gültigkeit 1 Jahr)

Name der zuweisenden Organisation:			
Name der zuweisenden Person:			
An:	HomeCare Bichsel homecare.apotheke@bichsel.ch	Datum/ Kürzel:	
	oder per Fax: 033 827 60 10		

Angaben der Patientin/des Patienten:

Vorname: _____

Name: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon-Nr.: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

& KK Nummer: _____

Zusatzversicherung: _____

& Nr. Zusatzversicherung: _____

Spitex: _____

Die Patientin/der Patient wird am _____ nach Hause gehen bzw. wird entlassen.

Haben Sie eine Kostengutsprache ausgefüllt ja nein

Erstinstruktion ja nein

1. Betäubungsmittelgesetz

- Rezeptkopie per Mail
- Rezept per Post
- Rezept bei Patient/in
- Nicht nötig, da keine Betäubungsmittel gebraucht werden

MERKE

Für **Betäubungsmittel** wie zum Beispiel Morphin wird zusätzlich die **rosa Rezeptvorlage** benötigt. Dieses **Originalrezept** muss per Post an die **Grosse Apotheke Dr. G. Bichsel AG** geschickt werden oder das Original wird dem Patienten mit **nach Hause** gegeben.

Laboratorium Dr. G. Bichsel AG

Herstellung
Weissenaustrasse 73
3800 Unterseen
info@bichsel.ch

HomeCare
Weissenaustrasse 73
3800 Unterseen
homecare@bichsel.ch

Grosse Apotheke Dr. G. Bichsel AG

Grosse Apotheke
Bahnhofstrasse 5a
3800 Interlaken
apotheke@bichsel.ch

2. Behandlung

- Port-a-Cath Nadel Grösse (G) _____ Kanüle _____mm, Wechsel alle _____ Tage
- PICC-Line, Anzahl Lumen _____
- Power PICC-Line, Anzahl Lumen _____
- PVK
- Anderer i. v. oder s.c. Zugang: _____

Abschluss der Infusion (abstöpseln)

NaCl 0.9 % 10ml oder 20ml
 Locklösung _____ ml

Verbandswechsel: Alle _____ Tage

Needlefree Konnektor Ja Nein

Typ Konnektor: _____

Wenn ja, Wechsel alle _____ Tage

Andere ableitende Systeme:

3. Pumpen und Zubehör für Infusionen und Medikamente

- Perfusor B. Braun mit Spritze B.Braun 50ml und Perfusorleitung 150cm
(nicht mobil. bis zu 50ml Fassungsvermögen)
- Infusomat Space B. Braun mit Space Line Infusionsbesteck
(nicht mobil. Gebrauch ab 50ml Volumen)
- Infusomat Compact Plus B. Braun mit Infusion plus line Safe Set 300cm
(nicht mobil. Gebrauch ab 50ml Volumen)
- BD Bodyguard mit Infusionsset oder Beutelbesteck (mobilen Gebrauch)
- CADD Solis VIP Pumpe mit Infusionsset mit Beuteldorn oder Medikamentenkassette
bis 100ml und Rucksack (mobilen Gebrauch)
- MiniRhythmic Evolution mit Full Set (5 - 200ml Füllmengen) und Tragtasche
(mobil. Fassungsvermögen bis zu 200ml)
- MiniRhythmic PN mit Spike Set 1.5m und Rucksack (mobil. Gebrauch ab 200ml Volumen)
- Schwerkraft Infusionsbesteck/ Schwerkraft Infusionsbesteck mit Tropfenzähler

4. Nährlösung und Infusionen

_____ ml Omegaflex	_____	über _____	Stunden
_____ ml SmofKabiven	_____	über _____	Stunden
_____ ml SmofKabiven EF	_____	über _____	Stunden
_____ ml Olimel 5.7 %	_____	über _____	Stunden
_____ ml	_____	über _____	Stunden

Eine Laufzeit von _____ darf nicht überschritten werden.

Infusionszusätze: Vitamine

_____ Ampulle/n Cernevit à	750mg/24h	<input type="checkbox"/>	in Nährlösung	<input type="checkbox"/>	in Kurzinfusion
_____ Ampulle/n Soluvit N	/24h	<input type="checkbox"/>	in Nährlösung	<input type="checkbox"/>	in Kurzinfusion
_____ Ampulle/n Vitalipid N Adult à	10ml/24h	<input type="checkbox"/>	in Nährlösung	<input type="checkbox"/>	in Kurzinfusion

Infusionszusätze: Spurenelemente

_____ Ampulle/n Addaven à	10ml/24h	<input type="checkbox"/>	in Nährlösung	<input type="checkbox"/>	in Kurzinfusion
---------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------------

Infusionszusätze: Andere

_____ Ampulle/n _____ à	_____ ml/24h	<input type="checkbox"/>	in Nährlösung	<input type="checkbox"/>	in Kurzinfusion
_____ Ampulle/n _____ à	_____ ml/24h	<input type="checkbox"/>	in Nährlösung	<input type="checkbox"/>	in Kurzinfusion

Infusionen:

<input type="checkbox"/> NaCl 0,9%	_____ ml
<input type="checkbox"/> Ringeracetat	_____ ml
<input type="checkbox"/> Ringerfundin	_____ ml
<input type="checkbox"/> Ringerlactat	_____ ml
<input type="checkbox"/> Glucose _____%	_____ ml

5. Zu verabreichende Medikamente (inkl. Betäubungsmittel) und Infusionen

- Der Patient/ die Patientin wurde durch den Arzt/die Ärztin über eine mögliche Kostenentstehung im Bereich der Schmerz-, Infusions- und Antibiotikatherapie informiert.

Zusätzliche Materialien:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PICC-Line <ul style="list-style-type: none"> – Tegaderm TM CHG 10x12cm – Silverlon Site | <ul style="list-style-type: none"> – IV 3000 Opsite 10x12cm – StatLock oder Griplik |
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Midline <ul style="list-style-type: none"> – Statlock i.v.Ultra – Tegaderm TM CHG 10x12cm | <ul style="list-style-type: none"> – IV3000 Opsite 10x12cm |
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PVK <ul style="list-style-type: none"> – Venflon Venenverweilkanüle | <ul style="list-style-type: none"> – IV3000 Opsite 6x8cm mit Schlitz |
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Subcutan <ul style="list-style-type: none"> – BD Saf T Intima – Butterfly | <ul style="list-style-type: none"> – IV3000 Opsite 6x8cm mit Schlitz |
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Port à cath <ul style="list-style-type: none"> – Jetcan Safe – IV3000 Opsite 10x12cm | <ul style="list-style-type: none"> – Gripper Nadel – Emla Patch |
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Desinfektions- und Verbandsmaterial <ul style="list-style-type: none"> – L&R Raucoset Verbandssset Nr 1 steril – Sterile Kompressen 5x5cm – Sterile Wattestäbli grosser/kleiner Kopf 15cm, 2 St. – unsterile Handschuhe (Gr. 6/7/8) – Ansell Gamnax sterile Handschuhe (Gr. 6/7/8) – Tubifast Schlauch Blau – Mundmasken – Barrier Adhesive OP Abdecktuch 50x50cm – Micropore Heftpflaster 3m (12 oder 25) | <ul style="list-style-type: none"> – Handedesinfektion Bichsel 100ml – Flächendesinfektionstücher – Alco-Prep Tupfer (in Alkohol getränkt) – Chlorhexidin 2% 100ml/Octenisept 250ml/Kodan 250ml – Seidenpfaster 2,5x2,5cm – Rena Ideal 6cm Verband – Wero Elasticolor 5mx6cm – Celloclon Tupfer (unsteril) – Mepore Klebevlies 6x7cm |
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Verbrauchsmaterial und Infusionszubehör <ul style="list-style-type: none"> – BD Posiflush SP 10ml Fertigspritzen – BD Posiflush XS 10ml steril eingepackte Fertigspritze – Spritzen 1/3/5/10/20/50ml LuerLock – NaCl 0.9% 10ml MiniPlasco – NaCl 0.9% 20ml MiniPlasco – Aqua dest. 10ml MiniPlasco – Combistopper rot – MicroClave – Discofix Dreiwegehahn ohne Verlängerung – Discofix Dreiwegehahn mit Verlängerung – Rückschlagventil – BD Pure Hub Desinfektions Cap – Seidenpfaster 1,25 oder 2,5cm – Vasano Iso Kittel 35g/m2 EN14126 PP/PE 10Stk. | <ul style="list-style-type: none"> – BD Microlance 1.1x40mm rosa Aufziehkanülen – BD Microlance 0.9x40mm gelb Aufziehkanülen – BD Microlance orange s.c. – Transofix – Mini Spike PL Entnahmekanüle – Freka Lipoflow Überleitgerät – Verlängerungen 30/75/100cm – B Brau Verlängerung 30cm – Medikamentenzugabe Etiketten rot – Infusionsständer – E-Safe Entsorgungsbox – Utility Grip (Fixation) – BD Saf T Intima |

Ort/Datum:

Stempel/Unterschrift Arzt:

Ort/Datum:

Stempel/Unterschrift Arzt:

Ort/Datum:

Stempel/Unterschrift Arzt: