



DP100559

## Ambulante Leistungen: Verordnung einer medikamentösen Behandlung

**HFR Freiburg – Kantonsspital**  
026 306 20 30  
[sam-hopitaldejour-fri@h-fr.ch](mailto:sam-hopitaldejour-fri@h-fr.ch)

**HFR Riaz**  
026 306 49 02  
[cliniquedejour-riaz@h-fr.ch](mailto:cliniquedejour-riaz@h-fr.ch)

**HFR Meyriez-Murten**  
026 306 73 60  
[Tagesklinik.Meyriez@h-fr.ch](mailto:Tagesklinik.Meyriez@h-fr.ch)

**HFR Tafers**  
026 306 63 10  
[sekretariat.medizintafers@h-fr.ch](mailto:sekretariat.medizintafers@h-fr.ch)

### Patient-in

Name  Vorname

Geburtsdatum  Tel. privat  Mobiletelefon  E-mail

Strasse  PLZ  Wohnort

**Diagnose/Behandlungsindikation / Krankengeschichte / relevante Komorbiditäten** ( s. beigefügtes Schreiben)

### Verordnete Behandlung (Name des Medikaments, Dosierung, Verabreichungsintervalle, Diverses)

Name des Medikaments  Einmalige Verordnung  Anhaltend (Max. Gültigkeit: ein Jahr)  von  bis

Dosierung  Verabreichungsweg

Gesamtdosis bei anhaltender Behandlung / Verabreichungsintervalle

Bemerkung

### Am HFR durchzuführende Prämedikation

Name des 1. Medikaments  Dosierung  Verabreichungsweg

Name des 2. Medikaments  Dosierung  Verabreichungsweg

**Findet die Prämedikation zu Hause statt, bitte verordnete Prämedikation und Einnahmezeitpunkt angeben**

**Allergie/Unverträglichkeit**  NEIN  JA Wenn ja, bitte Art der Allergie angeben (Anaphylaxie s. unten)

**Schwere Anaphylaxie** (Urtikaria mit Bauchschmerzen, Atemnot oder Hypotonie)  NEIN  JA

Asthma  NEIN  JA Behandlung \_\_\_\_\_

Krankengeschichte vasovagale Synkope/Angstzustände  NEIN  JA \_\_\_\_\_


Träger/in multiresistenter Bakterien (MRSA, VRE, ESBL usw.)  NEIN  JA \_\_\_\_\_

**Erforderliche Blutuntersuchungen**  NEIN  JA Liste der verordneten Analysen

Die Blutuntersuchung muss durchgeführt werden \_\_\_\_\_  vor der Behandlung  Wiederholt, Intervall \_\_\_\_\_

Ich möchte von einer Ärztin/einem Arzt der Tagesklinik vor der Behandlung für ein Gespräch  NEIN  JA kontaktiert werden

**Bitte fügen Sie eine Kopie der Ergebnisse der letzten Laborwerten und der aktuellen medikamentösen Behandlung bei**

 Für eine Terminvereinbarung, bitte sich an den oben genannten Standort wenden

- Als verordnende/r Ärztin/Arzt sind Sie für die Verordnung, die Aufklärung und die Einholung der Einwilligung der Patientin/des Patienten sowie für die Übernahme der Kosten für die verordneten Behandlungen durch die Versicherung verantwortlich. Wir bitten Sie, für allfällige Rückfragen telefonisch erreichbar zu sein.
- Bei Allergierisiko informieren Sie bitte die Patientin/den Patienten, dass sich die Dauer der Behandlung verlängern kann (Überwachung auf eine mögliche Reaktion bis zu zwei Stunden nach der Behandlung).

Telefon Ärztin/Arzt (Direktwahl) Mobiltelefon Ärztin/Arzt: E-Mail Ärztin/Arzt

Datum Stempel oder Name und Vorname Unterschrift oder elektronische Validierung

**HFR**

Rezept validiert am \_\_\_\_\_ Stempel

Telefon des Oberarztes \_\_\_\_\_ Unterschrift des Oberarztes