



DP100558

Ambulante Leistungen: Verordnung von intravenösem Eisen

Tagesklinik

- HFR Freiburg – Kantonsspital**
026 306 20 30
sam-hopitaldejour-fri@h-fr.ch
- HFR Riaz**
026 306 49 02
cliniquedejour-riaz@h-fr.ch
- HFR Meyriez-Murten**
026 306 73 60
Tagesklinik.Meyriez@h-fr.ch
- HFR Tafers**
026 306 63 10
sekretariat.medizintafers@h-fr.ch

Patient-in

Name _____ Vorname _____ Gewicht _____

Geburtsdatum _____ Tel. privat _____ Mobiletelefon _____ E-mail _____

Strasse _____ PLZ _____ Wohnort _____

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

Indikation

- Unverträglichkeit und/oder Unwirksamkeit einer korrekt ausgeführten Behandlung p. os (min. 3 Monate) NEIN JA
- Malabsorption: Erkrankung des Verdauungstrakts, restriktive Chirurgie (z. B. Magen-Bypass) NEIN JA
- Allergie / Unverträglichkeit oder allergische Reaktion NEIN JA
- Schwere Niereninsuffizienz / Verabreichung von EPO (Ferritin < 500 ug/l oder Transferrinsättigung < 30 %) NEIN JA
- Herzinsuffizienz mit verminderter LVEF (Ferritin < 100 ug/l und/oder Transferrinsättigung < 20 %) NEIN JA
- Andere _____

Benötigte Laborwerte: bitte Kopie beilegen

Ferritin, Transferrinsättigung, CRP, Leberwerte (ASAT/ALAT)

Risiko einer Hypophosphatämie: NEIN JA, in diesem Fall verabreichen wir systematisch Monofer® oder Venofer®
Hypophosphatämie in der Krankengeschichte, wiederholte intravenöse Eiseninfusionen (ausser bei schwerer Niereninsuffizienz), Vitamin-D-Mangel, Malabsorption Verdauungstrakt, Knochenkrankheit (Osteoporose, Osteomalazie, Hyperparathyreodismus usw.), Mangelernährung

Name des Medikaments

Carboxymaltose Ferri Sandoz (=Ferinject®) Monofer® Venofer®

 Einmalige Verordnung Anhaltend (Max. Gültigkeit: ein Jahr)

von _____ bis _____

Verordnete Gesamtdosis _____ Maximale Dosis pro Infusion _____

_____ mg

Bemerkungen

Antiallergische Prämedikation (Antihistaminikum 30 Minuten vor dem Termin p. os verabreichen)

Name des Medikaments _____ Dosierung _____

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

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

Im Falle einer schweren Anaphylaxie mit intravenösem Eisen und bei formeller Indikation muss das Eisen in der Allergieabteilung eines Unispitals verabreicht werden (Protokoll zur Desensibilisierung unter Überwachung)

Asthma NEIN JA Behandlung _____

Krankengeschichte vasovagale Synkope/Angstzustände NEIN JA _____

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

Bestehende Schwangerschaft NEIN JA (das 1. Trimester der Schwangerschaft ist grundsätzlich eine absolute Kontraindikation)

Blutuntersuchungen vor der Infusion NEIN JA Liste der verordneten Analysen

Blutuntersuchungen erfolgt am _____ vor der Behandlung Wiederholt, Intervall _____

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

Einverständniserklärung: Ich, die/der Unterzeichnende, bestätige, dass die Patientin/der Patient von mir über den Grund der Eisenbehandlung und die potenziellen Nebenwirkungen (schwere Anaphylaxie, Hyperpigmentierung, Hypophosphatämie) informiert wurde und ihr/sein Einverständnis für die Behandlung gegeben hat.

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