

Verordnung zur Symptomkontrolle für: ..... geb. ....

**Basismedikation (dauerhaft)**

Indikation	Medikament	Einzel-dosis	Dosisintervall	Applikationsform
Schmerzen				
Schmerzen				
Übelkeit				
Erbrechen				
Verstopfung				

**Zusatzmedikation**

Indikation	Medikament	Einzel-dosis	Applikationsform	Wiederholbar
Schmerzen				
Übelkeit				
Verstopfung				
Atemnot				
Unruhe / Angstanfall				

**Sonstiges**

<b>Lagerung</b>		<b>Wundversorgung</b>
<b>Blasen-DK</b>		
<b>Ernährung</b>		

I

**Besondere Hinweise:**

**Bei Rückfragen:**

Krankenhaus: ..... Hausarzt: ..... im Notfall: .....

Pflegedienst: ..... Telefon: .....

Datum: ..... verordnet von: ..... ggf. Stempel