

Patientenausweis

Hausarzt (Name, Telefon)

Krankenkasse

Versicherungsnummer

Notfallkontakt (Name)

Notfallkontakt (Telefon)

Name, Vorname

Geburtsdatum

PLZ, Wohnort

Diagnose

bekannt seit (Datum)

Der Patient erhält das Präparat **metex[®] FS**
in der Wirkstärke (*bitte ankreuzen*):



| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7,5 mg | 10 mg | 12,5 mg | 15 mg |
| 17,5 mg | 20 mg | 22,5 mg | 25 mg |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Injektionstag (1 x pro Woche):
Wochentag

Unverträglichkeiten:

Der Patient wurde umfassend über die spezifische Anwendung
der metex[®] FS informiert und geschult.

Die Schulung erfolgte durch die Praxis:

Stempel, Name

.....
Datum