

Nachname, Vorname:

Geburtsdatum:



	Stichtagserhebungsbogen Klinik Medikamente		Institut AGATE gGmbH Nelkenweg 10 D-93080 Pentling Tel. 0941/946 850 55
	Stichtag 20.10.2021	Lfd. Nummer:	

Klinik:		Geschlecht:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Geburtsjahr:	
Station:		ICD-10:			

Ziel der Erhebung ist die vollständige Erfassung aller an diesem Tag (24h00) stationär in einer Klinik behandelten Patienten. Erfasst werden alle an diesem Tag tatsächlich verabreichten Medikamente (Psychopharmaka und Nicht-Psychopharmaka [also z.B. auch Nasentropfen ohne Psychopharmakotherapie]; Dauermedikation und Bedarfsmedikation; Depotmedikation), auch "kein Medikament" ist eine wichtige Angabe.

HANDELSNAME	i.m.	i.v.	Tagesdosis (mg)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Depotspritzen:

HANDELSNAME	letztes Inj.-Datum	Dosis (mg)	Injektionsintervall