

**Pro-ordinatione-Medikamentenanforderung** für das \_\_\_\_\_ Quartal \_\_\_\_\_  
**Fachärztin/Facharzt für Lungenheilkunde**

	1 OP zu	beantragte OP	bew. OP	Taxierung		1 OP zu	beantragte OP	bew. OP	Taxierung
Aqua ad inj. Braun 10ml Amp.	20 Stk								
Bricanyl Amp 0,5mg 1ml	5 Stk								
Cetiristad 10mg	30 St								
Fenakut Amp. 4ml	5 Stk								
Fenistil Gel	50 g								
Foradil Dosaer 12mcg Fckw-Fr	1 Stk								
Hirudoid Salbe	40 g								
Jext 300mcg	1 Stk								
NaCl 0,9% 500ml	10 Stk								
Nitrolingual Spray	1 Stk								
Prednisolon "Nycomed" 25 mg Tabl.	40 Stk								
Prednisolut Plv+Lsm 250mg x)	1 Stk								
Sultanol Dosieraerosol FCKW-frei	1 St								
<b>Desinfektionsmittel</b>									
Skinsept Pur Hautdesinfektion	500 ml								
<b>Sonstige *):</b>									

\*) Andere Artikel nur mit spezieller Begründung  
 (Begründung bitte auf Rückseite)

\_\_\_\_\_  
 Arztstempel / Unterschrift / Datum

\_\_\_\_\_  
 Chefärztlicher Dienst