

Liebe Patienten und Eltern,

herzlich willkommen in der Leberambulanz der MHH Kinderklinik.

Um den Ablauf des Ambulanztermins zu vereinfachen bitten wir Dich/Sie, vorab schon einmal die benötigten Medikamente und Bescheinigungen auf diesem Formular einzutragen.

Vielen Dank!!

Rezeptwünsche:

Bitte ankreuzen:

Bitte Menge eintragen:

Bitte ankreuzen:

Bitte Menge eintragen:

Sandimmun optoral®: Lösung <input type="checkbox"/> 10mg Kapseln <input type="checkbox"/> 25mg Kapseln <input type="checkbox"/> 50mg Kapseln <input type="checkbox"/> 100mg Kapseln <input type="checkbox"/>		Vitamine: Ka-Vit Tropfen® <input type="checkbox"/> Vitadral Tropfen® <input type="checkbox"/> Vitamin A Saar Kapseln® <input type="checkbox"/> Vedrop Suspension® <input type="checkbox"/>	
Advagraf® (Astellas) 0,5mg Kapseln <input type="checkbox"/> 1mg Kapseln <input type="checkbox"/> 3mg Kapseln <input type="checkbox"/> 5mg Kapseln <input type="checkbox"/>		Vigantol Öl® <input type="checkbox"/> Vigantol Tabl. 500i.E.® <input type="checkbox"/> Vigantol Tabl. 1000 i.E.® <input type="checkbox"/> Eins-Alpha Tropfen® <input type="checkbox"/>	
Prograf® (Astellas): 0,5mg Kapseln <input type="checkbox"/> 1mg Kapseln <input type="checkbox"/> 5mg Kapseln <input type="checkbox"/>		Valcyte® als Saft <input type="checkbox"/> Valcyte® 450mg Tabletten <input type="checkbox"/>	
Modigraf® (Astellas): 0,2mg Beutel <input type="checkbox"/> 1mg Beutel <input type="checkbox"/>		Bei Juckreiz: Eremfat Sirup® <input type="checkbox"/> Luminaletten® 15mg Tabl. <input type="checkbox"/> Luminal® 100mg Tabletten <input type="checkbox"/>	
Magnesium Diasporal® 150mg <input type="checkbox"/> Magnetrans Beutel® <input type="checkbox"/> Magnesium Verla® <input type="checkbox"/> Magnetrans extra® 243mg <input type="checkbox"/>		Diuretika: Lasix liquidum® <input type="checkbox"/> Furosemid® Tabletten <input type="checkbox"/> Aldactone® <input type="checkbox"/> Spironolacton® Susp. <input type="checkbox"/>	20mg <input type="checkbox"/> 40mg <input type="checkbox"/> 25mg <input type="checkbox"/> 50mg <input type="checkbox"/> Kapseln _____mg Menge: _____
Ursofalk® <input type="checkbox"/> UDC® <input type="checkbox"/> Ursochol® <input type="checkbox"/> Urso® <input type="checkbox"/> Ursofalk Suspension® <input type="checkbox"/>	150mg <input type="checkbox"/> 200mg <input type="checkbox"/> 400mg <input type="checkbox"/> 500mg <input type="checkbox"/> Menge: _____	Aspirin® <input type="checkbox"/> ASS® <input type="checkbox"/> Godamed® <input type="checkbox"/>	50mg <input type="checkbox"/> 75mg <input type="checkbox"/> 100mg <input type="checkbox"/> Menge: _____

Weitere Medikamentenwünsche bitte dazuschreiben mit Dosis und gewünschter Menge:

Welche Bescheinigungen brauchen Sie heute? Bitte ankreuzen:

Schule Krankenkasse Arbeitgeber Finanzamt

Sind Sie mit dem Auto oder Zug angereist? Auto Zug