

Stempel der Arztpraxis

Datum: _____

E-Mail:
Telefonnummer:

Delegationsvereinbarung

Patientendaten			
Name, Vorname:			
Geburtsdatum:		Alter:	
Straße und HNR:			
PLZ und Ort			
Telefonnummer :		Handynummer:	
Telefonnummer 2: (Angehörige, gesetzlicher Betreuer)			

Für die Patientin/den Patienten:

wurde eine ambulante Infusionstherapie von mir verordnet. Die Durchführung ist grundsätzlich eine ärztliche Tätigkeit, welche an geeignetes, nicht ärztliches Personal delegiert werden kann (§28 Abs.1 Satz 3 SGB V; Anlage 24 des BMV – Ä.).

Hiermit delegiere ich folgende Aufgaben:

- Wechsel der Portnadel
- Applikation der Infusion im Rahmen der Einweisung in die ambulante Infusionstherapie

An:

- den Pflegedienst: _____
- das Homecareunternehmen: _____

Ausführende Personen müssen examinierte Pflegefachkräfte sein, welche zusätzlich und regelmäßig zum Portwechsel und der parenteralen Ernährungstherapie geschult werden.

Name, Vorname verordnender Arzt Datum Unterschrift/Stempel

Name, Vorname Pflegefachkraft Datum Unterschrift

Name, Vorname Patient/in Datum Unterschrift

Name, Vorname gesetzlicher Betreuer Datum Unterschrift

Version	Erstellt	Freigegeben durch DGEM	Gültig bis:	Seite
1.0	01.09.2019	01.10.2019	01.10.2021	1