

**SUPER BOOST VITAMIN INFÚZIÓ KEZELÉSI LAP**

**BETEG NEVE:.....................................................................................................................................................**

**ANYJA NEVE:.....................................................................................................................................................**

**LAKCÍME:..........................................................................................................................................................**

**SZÜLETÉSI HELY, IDŐ:........................................................................................................................................**

**TAJ SZÁM:.........................................................................................................................................................**

**RR:............./…………. Hgmm P:............./min Vc:………...mmol/L**

**GYÓGYSZERÉRZÉKENYSÉG:…………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Az infúziós kezelésről a részletes tájékoztatást megkaptam, a kezelőorvossal egyeztettem, a kezelésbe önszántamból beleegyezem:**

**.....................................**

**beteg aláírása**

**AZ INFÚZIÓT ELRENDELŐ ORVOS NEVE, PECSÉTSZÁMA: DR. ESZTERHAI MIKLÓS (79554)**

**AZ INFÚZIÓS OLDAT NEVE, MENNYISÉGE: 1db Nátrium-klorid 0,9 % Fresenius oldatos infúzió 250 ml**

**HOZZÁADOTT GYÓGYSZEREK NEVE, MENNYISÉGE: 1db Vitamin B6 Egis 25mg/ml oldatos injekció, 1db Magnesium Sulfuricum Pharmamagist 1g/10ml oldatos injekció, Vitamin C Egis 100mg/ml oldatos injekció,**

**A BEKÖTÉS IDŐTARTAMA (dátum,idő,perc):......................................................................................................**

**A KIKÖTÉS IDŐTARTAMA (dátum,idő,perc):.......................................................................................................**

**INTÉZKEDÉSEK, INFÚZIÓ ELŐTT, ALATT, UTÁN:..................................................................................................**

**.......................................................**

**Turbucz Tamás ápoló**

**Infúziót bekötő egészségügyi szakember aláírása**