

Infusionszuweisung
Bitte vollständig ausfüllen

Patient/in (Vor-und Nachnamen):	Versicherungsnummer:
Anschrift:	
Überweisung an:	Infusionszentrum Imed19-privat Chimanistraße 1, 1190 Wien Tel: +43-1 367 13 73 infusionzentrum@imed19-privat.at
Diagnose:	
i.v. Therapie inkl. Dosierung:	

Bitte um Verabreichung obenstehender Infusion. Der/Die Patient/in wurde bzgl. möglicher Nebenwirkungen der Infusionstherapie aufgeklärt.

Datum

Stempel und Unterschrift der/des überweisenden Ärztin/Arztes