

# POVERENIE NA VNÚTROŽILOVÚ APLIKÁCIU LIEKOV a PARENTERÁLNEJ VÝŽIVY

Podľa vyhlášky 364/2005 Z.z.

(Vyplní lekár)

Ústavné/ambulantné zdravotnícke zariadenie .....

Oddelenie:.....

Meno a priezvisko pacienta:.....

R. Č. .... Zdravotná poisťovňa:.....

poverujem registrovanú sestru

**Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti Mgr. Moniku Jung**

intravenóznou aplikáciou nasledovných liekov alebo parenterálnej výživy:

Lieky/množstvo:

Roztoky/množstvo:

Počet podaní:

Platnosť poverenia do: ..... (*maximálne na 6 mesiacov*)

Odtlačok pečiatky a podpis poverujúceho lekára potvrdzujúci poverenie:

Dátum:.....

## **Upozornenie:**

Lieky a infúzne roztoky predpisuje lekár. Agentúra nemá právo preskripcie.