

# Internes Audit

## Dokumentation Plasmaderivate

Plasmaderivat	Pharmazeutischer Unternehmer	Chargen-Bez. PZN	Lieferdatum

Geliefert an:

	ja	nein	Bemerkung:
<b><u>Apotheke:</u></b>			
• Lieferdatum feststellbar			
• Lagerungskontrolle geregelt			
• Datum, Uhrzeit der Abgabe			
• Stelle, an die abgegeben wurde			
• Kontrolle Haltbarkeitsdatum			
• Kopie Abgabeschein vorhanden			
<b><u>Verordnung:</u></b>			
Ärztliche Verordnung mit:			
• Name, Vorname, Geburtsdatum des Patienten			
• Diagnose			
• Indikation			
• Art und Menge des Plasmaderivates			
• Datum der Verordnung			
• Name des Arztes			
<b><u>Aufklärung:</u></b>			
Dokumentation der Aufklärung mit schriftlicher Einwilligung des Patienten			

# Internes Audit

## Dokumentation Plasmaderivate

Plasmaderivat	Pharmazeutischer Unternehmer	Chargen-Bez. PZN	Lieferdatum

Geliefert an:

**ja      nein      Bemerkung:**

<b><u>Patientenbezogene Dokumentation</u></b>			
• Pharmazeut. Unternehmer			
• Chargen-Bezeichnung			
• Präparatebezeichnung			
• Dosis			
• Kontrolle Haltbarkeitsdatum			
• Datum, Uhrzeit der Anwendung, ggf. mit Beginn und Ende			
• Verträglichkeit			
• Name des applizierenden Arztes			
• Dokumentation der Wirksamkeit			
<b><u>Produktbezogene Dokumentation</u></b>			
• Name, Vorname, Geburtsdatum des Patienten			
• Datum der Anwendung			
• Pharmazeutischer Unternehmer			
• Chargen-Bezeichnung			
• Präparatebezeichnung			
• Dosis			
• Name des applizierenden Arztes			

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Name in Druckschrift: \_\_\_\_\_