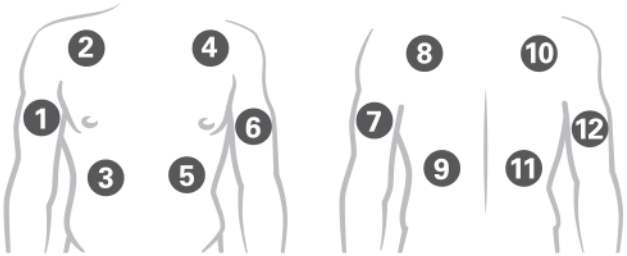
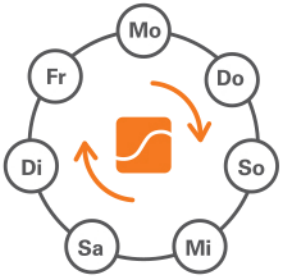
Klebe-Dokumentation **3-Tage-Pflaster**

☐ **Fentanyl-ratiopharm®** ☐ **Buprenorphin-ratiopharm®**





Name des Patienten:

Zimmernummer:

Pflasterstärke	Klebeort	Tag	Datum	Uhrzeit	altes Pflaster entfernt und entsorgt	Kürzel
z.B. 25 µg/h	1	Mo	12.10.	8:00	X	

ratiopharm