

DOKUMENTATION BESONDERER ERNÄHRUNGSBEDÜRFNISSE

Stempel Institution _____

Patientenname _____ VersNr/GebDat _____

PEG PEG/J Gastrotube Button Nasogastralsonde Orale Trinknahrung

Für den oben genannten Patienten wird der **Einsatz folgender enteraler Nahrung** empfohlen:

Produktname	PZN
-------------	-----

Folgende Kriterien (Mehrfachnennungen möglich) erfordern den Einsatz der oben genannten enteralen Nahrung

- Erhöhter Energiebedarf _____
- Erhöhter Eiweißbedarf _____
- Malassimilation / Malabsorption _____
- Unverträglichkeitserscheinungen _____
- Flüssigkeitsrestriktion _____
- Störung der Wundheilung _____
- Störung des Kohlenhydratstoffwechsels _____
- Störung der Fettverwertung _____
- Gastrointestinale Beschwerden _____
- Hydrolysierte Sondennahrung aufgrund jejunaler Gabe _____
- Limitierte Flussrate (höhere Nährstoffdichte erforderlich) _____

Freitext:

KS - Art.Nr. 9801259 1133 A

Behandelnder Arzt (Blockschrift) _____

Stempel behandelnder Arzt _____

Telefon _____

Unterschrift _____