

KH: _____

Telefon: _____

Entlassungstermin: _____



Verordnung enterale Ernährung/Patientendokumentationsblatt

Patientenname _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon Patient _____

Name Angehöriger _____

Telefon Angehöriger _____

GebDat/VersNr _____

Arzt/Verordner _____

Diagnose _____

Datum/Unterschrift _____

Mit der Unterschrift delegiert der/die verordnende Arzt/Ärztin die Einschulung der Patienten bzw. deren betreuenden Personen auf die Handhabung der Sondennahrung an das Homecare-Team der Firma Nutricia bzw. ihrer Kooperationspartner.

Standard-Sondennahrung 8 x 1.000 ml SmartPack

Nutrison	OP	<input type="checkbox"/>
Nutrison Energy	OP	<input type="checkbox"/>
Nutrison Multi Fibre	OP	<input type="checkbox"/>
Nutrison Energy Multi Fibre	OP	<input type="checkbox"/>

Spezial-Sondennahrung 8 x 1.000 ml SmartPack

Nutrison advanced Dison	OP	<input type="checkbox"/>
Nutrison MCT	OP	<input type="checkbox"/>
Nutrison Protein Plus Multi Fibre	OP	<input type="checkbox"/>
Nutrison Soya Multi Fibre (6 x 1.500 ml Pack)	OP	<input type="checkbox"/>

Sondennahrung Pädiatrie 12 x 500 ml SmartPack

Infatrini	OP	<input type="checkbox"/>
Nutrini	OP	<input type="checkbox"/>
Nutrini Multi Fibre	OP	<input type="checkbox"/>
Nutrini Energy	OP	<input type="checkbox"/>
Nutrini Energy Multi Fibre	OP	<input type="checkbox"/>

Applikationstechnik und Zubehör

Flocare Pack-Set Schwerkraft Überleitgerät	OP	<input type="checkbox"/>
Flocare Pack-Set Infinity Überleitgerät (für Pumpe Infinity)	OP	<input type="checkbox"/>
Flocare Gastrotube CH _____	OP	<input type="checkbox"/>
Flocare PURSOFT M Sonde CH 10-90 cm	OP	<input type="checkbox"/>
Button CH _____ cm	OP	<input type="checkbox"/>
Sicherheitsverbinder 5 Stück		
<input type="checkbox"/> Set Standard	OP	<input type="checkbox"/>
ENFit Spritze 60 ml à 10 Stück	OP	<input type="checkbox"/>
ENFit Spritze 100 ml à 30 Stück	OP	<input type="checkbox"/>

Trinknahrung 6 x 4 x 200 ml

Kostenübernahme nur im Einzelfall!

Fortimel Energy <input type="checkbox"/> fruchtig sortiert <input type="checkbox"/> süß sortiert	OP	<input type="checkbox"/>
Fortimel Energy Multi Fibre sortiert	OP	<input type="checkbox"/>
Fortimel Complete sortiert	OP	<input type="checkbox"/>
Diasip sortiert (z.B. bei Diabetes) (24 x 200 ml)	OP	<input type="checkbox"/>
Elemental 028 sortiert (z.B. bei Morbus Crohn) (18 x 250 ml Tetra)	OP	<input type="checkbox"/>

Trinknahrung Pädiatrie 24 x 200 ml

NutriniDrink Multi Fibre <input type="checkbox"/> neutral <input type="checkbox"/> sortiert	OP	<input type="checkbox"/>
---	----	--------------------------

Sonstiges

Bewilligungsvermerk des Krankenversicherungsträgers

Rezeptgebührenbefreiung

Stempel behandelnder Arzt

Der/die Patient/in bzw. der gesetzliche Vertreter ist mit der Weitergabe seiner Daten an Nutricia GmbH einverstanden: Ja*

Datum/Unterschrift _____

* Die Daten dienen ausschließlich der Unterstützung zur besseren und schnelleren Versorgung und werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Informationen zum Datenschutz finden Sie auf www.nutricia-med.de/datenschutz