

Verordnung parenterale Ernährungstherapie

KLINIKDATEN					
Klinik/Station:			behandelnder Klinikarzt:		
			Telefon:		
			Fax:		
PATIENTENDATEN (GGF. PATIENTENAUFKLEBER)					
<input type="checkbox"/> Der Patient hat sich für die Versorgung durch APOSAN entschieden.					
Name:		Geburtsdatum:			
Straße:		Telefon (privat):			
Wohnort:		Versichertennummer(GKV):			
Kostenträger		IK Nummer:	Größe: cm	Gewicht: kg	
meldepflichtige Erkrankungen:	Diagnose:		Venöser Zugang: <input type="checkbox"/> peripher <input type="checkbox"/> zentral-venös <input type="checkbox"/> Broviac/Hickman <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> Picc-Line <input type="checkbox"/> Midline		
THERAPIEVORSCHLAG KLINIK					
<input type="checkbox"/> Infusionspumpe (inkl. Hilfsmittel)		<input type="checkbox"/> Schwerkraft (inkl. Hilfsmittel)		Laufzeit:	
<input type="checkbox"/> Fortführung Klinik-Infusion gemäß Anlage			vs. Start der ambulanten Therapie:		
<input type="checkbox"/>	Energie:	kcal	Volumen:	ml	
<input type="checkbox"/>	Kohlenhydrate:	g	Fette:	g	Aminosäuren: g
<input type="checkbox"/> PE-Fertigarzneimittel			generische Substitution zugelassen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Katheter-Block: nach jeder Infusion <input type="checkbox"/> NaCl 0,9% <input type="checkbox"/>					
ELEKTROLYTE					
<input type="checkbox"/> Elektrolyte in Standarddosierung		<input type="checkbox"/> Gesamtelektrolytbedarf individuelle Dosierung (Angabe in mmol)			
Natrium		Kalium	Magnesium	Calcium	Phosphat
VITAMINE UND SPURENELEMENTE (1 Ampulle/d)					
Vitaminzusätze: <input type="checkbox"/> wasserlöslich <input type="checkbox"/> fettlöslich <input type="checkbox"/> fettlöslich infant <input type="checkbox"/>					
Spurenelemente: <input type="checkbox"/>					
RP. (Rezeptierung der Infusionstherapie für den ambulanten Bereich gemäß Therapievorschlag der Klinik)					
<input type="checkbox"/> Vertragsarzt	<input type="checkbox"/> Klinikambulanz (§117 SGB V)	<input type="checkbox"/> Entlassrezept/Klinik	<input type="checkbox"/> Ermächtigung (§116 SGB V)		
rezeptierender Arzt (Therapieverantwortung ambulanter Bereich):					
			Telefon:		
			Telefax:		

.....
(Ort/Datum)

.....
(Stempel/Unterschrift Therapieverantwortlicher niedergelassener Arzt)

Empfänger
(niedergelassener Arzt/Vertragsarzt)

Absender:
(entlassende Klinik)

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

Entlassungsmanagement

Therapieempfehlung zur Fortsetzung der intravenösen Ernährungstherapie im ambulanten Bereich

für

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum, (ggf.Patientenaufkleber)

Sehr geehrte Kollegin / sehr geehrter Kollege,

Der oben genannte Patient wird in Kürze den stationären Bereich verlassen können und hat sich für die Versorgung durch APOSAN entschieden.

Im Sinne eines reibungslosen Übergangs in den ambulanten Bereich informieren wir Sie darüber, **dass dieser Patient aktuell eine intravenöse Ernährungstherapie erhält, die im ambulanten Bereich fortgeführt werden soll.**

Um den Therapieerfolg sicherzustellen, bitten wir Sie, die intravenöse Ernährungstherapie für den ambulanten Bereich zu verordnen. In der Anlage finden Sie unseren Versorgungsvorschlag, durch den die Kontinuität der Therapie sicherstellt wird.

Ihr Einverständnis vorausgesetzt, bitten wir Sie, diesen **Verordnungsvorschlag unterschreiben und gestempelt an die Klinik zurückzufaxen.**

Faxnummer:

Wir leiten die Unterlagen an APOSAN weiter und APOSAN wird kurzfristig für die notwendige Rezeptausstellung (Muster 16 Rezept) auf Sie zukommen.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung

Mit freundlichen Grüßen