

## Entlass-Management für die Fortführung von patientenindividuellen Ernährungstherapien im ambulanten Bereich

### Bitte beachten:

Damit die individuell hergestellten Arzneimittel / Infusionen am Entlassungstag beim Patienten zur Verfügung stehen, benötigen wir eine ärztliche Verordnung bereits vor der Klinikentlassung. Dies ist bedingt für den benötigten Vorlauf für die Produktion und Lieferung.

**Nur so kann eine lückenlose Versorgung sichergestellt werden.**

### Schritt 1

Sorgfältige Auswahl der Patienten (Compliance, Alter) durch den behandelnden Arzt in der Klinik. Gewährleistung eines sicheren intravenösen Zugangs für die parenterale Ernährungstherapie und Zustimmung des Patienten für die Versorgung durch APOSAN.

### Schritt 2

Erstellen des Verordnungsvorschlages für die Fortführung der Ernährungstherapie im ambulanten Bereich durch den behandelnden Klinikarzt.

Nutzung Formblatt auf Seite 2 dieses Dokuments.

**Hinweis:** dies ist ein ausfüllbares PDF - für bessere Lesbarkeit am Rechner ausfüllen und anschließend drucken



Vorab per Fax:  
0221 160 21 621

**APOSAN Versandapotheke**  
Postfach 920235  
D-51152 Köln  
Telefon: 0221 160 21 600  
Fax: 0221 160 21 621  
www.aposan-versandapotheke.de

#### Verordnung parenterale Ernährungstherapie

KLINIKDATEN	
Klinik/Station:	behandelnder Klinikarzt:
	Telefon:

### Schritt 3

Information des niedergelassenen Arztes/Vertragsarztes (falls es keine Klinikambulanz oder eine Ermächtigung gibt) über die anstehende Entlassungsversorgung mit der Bitte, den Verordnungsvorschlag unterzeichnet an die Klinik zurückzusenden.

Nutzung des Anschreibens auf Seite 3 des Dokumentes.

**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 Versorgungsvor-

### Schritt 4

Information an APOSAN Versandapotheke faxen. APOSAN übernimmt und koordiniert alle weiteren Schritte zum Entlassungs- und Therapiemanagement.

## 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			<b>vs. Start der ambulanten Therapie:</b> .....		
<input type="checkbox"/>	Energie:                      kcal	Volumen:                      ml			
<input type="checkbox"/>	Kohlenhydrate:                      g	Fette:                                      g		Aminosäuren:                      g	
<input type="checkbox"/> TPN-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