

Verordnung parenterale Ernährungstherapie für Kinder

KLINIKDATEN					
Klinik/Station/Stempel:			behandelnder Klinikarzt:		
				
			Telefon:		
			Fax:		
PATIENTENDATEN (Wenn Rezepte (Muster 16) beigelegt sind, sind die personenbezogenen Angaben nicht notwendig.)					
Der Erziehungsberechtigte hat sich für die Versorgung durch APOSAN entschieden.					
Name:		Geburtsdatum:			
Straße:		Telefon (privat):			
Wohnort:		Versichertennummer(GKV):			
Kostenträger		Größe: cm		Gewicht: kg	
IK Nummer des Kostenträgers:		Diagnose:		Venöser Zugang: peripher zentral-venös	
				Broviac/Hickman Port Picc-Line Midline	
THERAPIEVORSCHLAG KLINIK bitte beigelegten Plan in der Anlage beachten					
Elektrolyte	in mmol / kg KG	Nährstoffe	in g / kg KG	Start der amb. Therapie	
Natrium	Eiweiß	.....	Gesamtvolumen	..... ml
Kalium	Kohlenhydrate	.....	Laufzeit	..... h
Calcium	Fett	.....	Applikationstage	.....
Magnesium	Energie (kcal gesamt)	.....	Anflutintervall	..... h
Chlorid	Abflutintervall	..... h
Phosphat	Infusionspumpe (inkl. HiMi)	
				Schwerkraft (inkl. HiMi)	
VITAMINE UND SPURENELEMENTE (zu applizierendes Volumen in ml angeben)					
Vitamine: wasserlöslich ml		fettlöslich infant ml		oder fettlöslich ml	
Spurenelemente: Adde junior ml		oder Tracitans inf. ml		oder Addaven ml	
Katheter-Block: nach jeder Infusion NaCl 0,9%					
RP. (Rezeptierung der Infusionstherapie für den ambulanten Bereich gemäß Therapievorschlag der Klinik)					
Klinikarzt / Entlassverordnung (Rezepte [Muster 16] vorab im Anhang zu diesem FAX)					
Vertragsarzt		Klinikambulanz (§117 SGB V)		Ermächtigung (§116 SGB V)	
rezeptierender Arzt (Therapieverantwortung ambulanten Bereich):					
			Telefon:		
			Telefax:		

(Ort/Datum) (Stempel/Unterschrift Therapieverantwortlicher niedergelassener Arzt)