

Verordnung parenterale Ernährungstherapie

KLINIKDATEN					
Klinik/Station/Stempel:			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 Applikationstage:					
<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)