

## 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
Natrium	.....	Eiweiß	.....
Kalium	.....	Kohlenhydrate	.....
Calcium	.....	Fett	.....
Magnesium	.....	Energie (kcal gesamt)	.....
Chlorid	.....		
Phosphat	.....		

VITAMINE UND SPURENELEMENTE (zu applizierendes Volumen in ml angeben)	
Vitamine:	wasserlöslich ..... ml      fettlöslich infant ..... ml      oder      fettlöslich ..... ml
Spurenelemente:	Addel junior ..... ml      oder      Tracitrans inf. .... ml      oder      Addaven ..... ml
Katheter-Block: nach jeder Infusion      NaCl 0,9% .....	

RP. (Rezeptierung der Infusionstherapie für den ambulanten Bereich gemäß Therapievoranschlag 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 ambulanter Bereich):	
.....	Telefon: .....
.....	Telefax: .....
.....	.....