APOSAN
SICHER. GUT. VERSORGT.

Tel.: +49 (0) 221 160 210
Fax: +49 (0) 221 160 2126

Kontakt über WhatsApp
+49 221 160 211

MK-02-PE Version 12 10.03.2025

Verordnung über parenterale Ernährungstherapie

PATIENTENDATEN (ggf. Patientenaufkleber)

☐ Der Patient hat sich für die Versorgung durch APOSAN entschieden

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse:	Kostenträger:
	IK Nr.:
	Versichertennummer:
Telefonnummer:	Gewicht: Größe:

Meldepflichtige Infektionskrankheit: ☐ ja ☐ nein	Diagnose:	Diabetes: ☐ ja ☐ nein

Zugang: ☐ Midline ☐ Picc-Line ☐ Broviac/Hickman ☐ Port ☐ ZVK ☐ peripher

THERAPIEVORSCHLAG KLINIK (zur Anwendung nach Anweisung des Arztes)

☐ **Individuelle Rezeptur (Compounding):** ☐ **PE-Fertigarzneimittel:**

Energie (in kcal):	Gesamtvolumen exkl. Zusätze (in ml):	
Kohlenhydrate (in g):	Fette (in g):	Aminosäuren (in g):
Natrium (in mmol):	Kalium (in mmol):	
Calcium (in mmol):	Magnesium (in mmol):	Phosphat (in mmol):
☐ Infusionspumpe (inkl. Hilfsmittel)	☐ Schwerkraft (inkl. Hilfsmittel)	Laufzeit:

Bemerkungen:

Vitamine und Spurenelemente

☐ Spurenelemente (in ml): (Produktname eintragen)

☐ Wasserl. Vit (in ml): ☐ Fettl. Vit (in ml): ☐ Fettl. Vit infant (in ml):

oder

☐ Kombi-Präparat mit Vit K (in ml): ☐ Kombi-Präparat ohne Vit K (in ml):

Katheterblock: ☐ NaCl 0,9% nach jeder Gabe

Ambulanter Therapiebeginn: Datum:	**Therapieende:** Datum:	**Applikationstage:** Anzahl/Woche:

Bei Langzeittherapie > 3 Monate: Diese Verordnung ist gültig bis zum (erforderlich nach AMVV)

Entlassmanagement: bitte weiterbehandelnden Arzt vor der Klinikentlassung informieren und Unterschrift einholen.

VERANTW. ARZT KLINIK Entlassrezepte: ☐ ja ☐ nein	**VERANTWORTLICHER ARZT AMBULANTE THERAPIE**
Vor- und Nachname, Berufsbezeichnung:	Vor- und Nachname, Berufsbezeichnung:
Telefonnummer: Fax:	Telefonnummer: Fax:
Stempel	Stempel
Datum und Unterschrift	**Datum und Unterschrift**