



## Verordnung über parenterale Ernährungstherapie für Kinder

### PATIENTENDATEN (ggf. Patientenaufkleber)

Der Erziehungsberechtigte 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):

Gesamtvol. exkl. Zusätze (in ml):

Überfüllung:

Kohlenhydrate (in g/kg KG):

Fette (in g/kg KG):

Aminosäuren (in g/kg KG):

Natrium (in mmol/kg KG):

Kalium (in mmol/kg KG):

Calcium (in mmol/kg KG):

Magnesium (in mmol/kg KG):

Phosphat (in mmol/kg KG):

Fettfreie Tage:  nein  ja, Anzahl/Woche:

Gleiches Volumen Beutel mit und ohne Fett

Laufzeit (in Std.):

Anflutintervall (in min):

Abflutintervall (in min):

Infusionspumpe (inkl. Hilfsmittel)

Schwerkraft (inkl. Hilfsmittel)

Bemerkungen:

### Vitamine und Spurenelemente

Spurenelemente (in ml):

(Produktname eintragen)

Wasserl. Vit (in ml):

Fettl. Vit infant (in ml):

Fettl. Vit (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:

Telefonnummer:

Fax:

Fax:

Stempel

Stempel

**Datum und Unterschrift**

**Datum und Unterschrift**