

VERORDNUNGSBLATT

SONDENNAHRUNG

Bitte bei Krankenkasse einreichen!

Verordner	Bewilligung Chefarzt Krankenkasse
------------------	--

Patientendaten Name: _____ Adresse: _____ PLZ/Ort: _____ Telefon: _____ Krankenkasse + Versicherungsnummer _____ Diagnose: _____ Voraussichtlicher Entlassungstermin: _____
--

SONDENNAHRUNG	TECHNIK
<p>ISOSOURCE STANDARD PZN: 3942116 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral</p> <p>ISOSOURCE STANDARD FIBRE PZN: 3942139 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral</p> <p>ISOSOURCE ENERGY PZN: 3942085 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral</p> <p>ISOSOURCE SOY ENERGY FIBRE (Milcheiweißfrei) PZN: 4052502 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral</p> <p>ISOSOURCE PROTEIN PZN: 3943222 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral</p> <p>ISOSOURCE PROTEIN FIBRE PZN: 4128582 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral</p> <p>ISOSOURCE JUNIOR PZN: 2345499 24x250 ml Anzahl Krt: ___ Vanille</p> <p>COMPLEAT PAEDIATRIC NAT. MIX vorm. ISOSOURCE JUNIOR MIX PZN: 5756754 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral</p> <p>COMPLEAT NATI RE MIX vorm. ISOSOURCE MIX PZN: 5756777 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral</p> <p>ISOSOURCE STANDARD BALANCE PZN: 4113066 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral</p> <p>NOVASOURCE GI CONTROL PZN: 3942174 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral PZN: 4235728 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Vanille</p> <p>NOVASOURCE GI FORTE PZN: 3943268 9x1000 ml Anzahl Krt: ___ Neutral</p> <p>NOVASOURCE GI ADVANCE PZN: 4553807 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral</p> <p>PEPTAMEN PZN: 4016802 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral</p> <p>PEPTAMEN AF PZN: 4131377 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral</p> <p>PEPTAMEN JUNIOR VANILLE PZN: 3445369 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Vanille</p> <p>PEPTAMEN JUNIOR PHGG PZN: 5584307 12x400 g Anzahl Krt: ___ Vanille</p> <p>MODULEN IBD PZN: 3445346 12x400 g Anzahl Krt: ___ Neutral</p>	<p>COMPAT ÜBERLEITGERÄTE (1 Krt. = 30 Stück) GRAVITY UNIV.SET ENFit (Schwerkraft) PZN: 4746067 Anzahl Krt: _____</p> <p>ELLA PUMPEN-SPIKE SET ENFit PZN: 4746009 Anzahl Krt: _____</p> <p>COMPAT FLEXIBAGGLE Leerbehälter (1 Krt = 30 Stück) 1,5 l PZN: 2345329 Anzahl Krt: ___ 0,5 l PZN: 2704633 Anzahl Krt: ___</p> <p>COMPAT COMBISET (1 Krt. = 30 Stück) <i>Überleitgerät + Leerbeutel in einem Stück</i> GRAVITY 1,5 l (Schwerkraft) PZN:4746044 Anzahl Krt: ___ ELLA 1,5 l ENFit ISO PZN:4745984 Anzahl Krt: ___</p> <p>COMPAT GASTROTUBE (1 VE = 1 Stück) 16 FR PZN: 4303766 Anzahl VE: ___ 22 FR PZN: 1869473 Anzahl VE: ___</p>

Bsp. Zur Verordnung eines Monatsbedarfs
 bei 1.500 ml Sondennahrung/Tag = 8 Krt. Smartflex 500 ml
 bei 2.000 ml Sondennahrung/Tag = 10 Krt. Smartflex 500 ml

+ 1 Krt. Compat Überleitgerät oder CombiSet = Monatsbedarf

Bitte gewünschtes Produkt ankreuzen und Anzahl der Kartons angeben!