

VERORDNUNGSBLATT

SONDENNAHRUNG

Bitte bei Krankenkasse einreichen!

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

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

SONDENNAHRUNG	TECHNIK
----------------------	----------------

- ISOSOURCE STANDARD**
 PZN: 3942116 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral
- ISOSOURCE STANDARD FIBRE**
 PZN: 3942139 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral
- ISOSOURCE ENERGY**
 PZN: 3942085 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral
- ISOSOURCE SOY ENERGY FIBRE** (Milchweißfrei)
 PZN: 4052502 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral
- ISOSOURCE PROTEIN**
 PZN: 3943222 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral
- ISOSOURCE PROTEIN FIBRE**
 PZN: 4128582 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral
- ISOSOURCE JUNIOR**
 PZN: 2345499 24x250 ml Anzahl Krt: ___ Vanille
- COMPLEAT PAEDIATRIC NAT. MIX** vorm. ISOSOURCE JUNIOR MIX
 PZN: 5756754 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral
- COMPLEAT NATI RE MIX** vorm. ISOSOURCE MIX
 PZN: 5756777 12x500ml Anzahl Krt: ___ Neutral
- COMPLEAT NATI RE MIX 1.5 PROTEIN**
 PZN: 5791472 12x500ml Anzahl Krt: ___ Neutral
- COMPLEAT PLANT PROTEIN 1.6**
 PZN: 5746069 12x500ml Anzahl Krt: ___ Neutral
- ISOSOURCE STANDARD BALANCE**
 PZN: 4113066 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral
- NOVASOURCE GI CONTROL**
 PZN: 3942174 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral
- NOVASOURCE GI FORTE**
 PZN: 4235728 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Vanille
- NOVASOURCE GI FORTE**
 PZN: 3943268 9x1000 ml Anzahl Krt: ___ Neutral
- NOVASOURCE GI ADVANCE**
 PZN: 4553807 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral
- PEPTAMEN**
 PZN: 4016802 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral
- PEPTAMEN AF**
 PZN: 4131377 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral

- PEPTAMEN JUNIOR VANILLE**
 PZN: 3445369 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Vanille
- PEPTAMEN JUNIOR PHGG**
 PZN: 5584307 12x400 g Anzahl Krt: ___ Vanille
- MODULEN IBD**
 PZN: 3445346 12x400 g Anzahl Krt: ___ Neutral
- COMPAT ÜBERLEITGERÄTE** (1 Krt. = 30 Stück)
 GRAVITY UNIV.SET ENFit (Schwerkraft)
 PZN: 4746067 Anzahl Krt: _____
 ELLA PUMPEN-SPIKE SET ENFit
 PZN: 4746009 Anzahl Krt: _____
- COMPAT FLEXIBAGGLE Leerbehälter** (1 Krt = 30 Stück)
 1,5 l PZN: 2345329 Anzahl Krt: ___
 0,5 l PZN: 2704633 Anzahl Krt: ___
- COMPAT COMBISET** (1 Krt. = 30 Stück)
Überleitgerät + Leerbeutel in einem Stück
 GRAVITY 1,5 l (Schwerkraft) PZN:4746044 Anzahl Krt: _____
 ELLA 1,5 l ENFit ISO PZN:4745984 Anzahl Krt: _____
- COMPAT GASTROTUBE** (1 VE = 1 Stück)
 16 FR PZN: 4303766 Anzahl VE: ___
 22 FR PZN: 1869473 Anzahl VE: ___

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!