

VERORDNUNGSBLATT

für Versicherte der ÖGK Vorarlberg

SONDENNAHRUNG

Bitte bei Krankenkasse einreichen!

Verordner: _____

Bewilligung der ÖGK Vbg. _____

Patientendaten:

Name: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

KK u. Vers.Nr.: _____

Diagnose: _____

Voraussichtlicher Entlassungstermin: _____

Apothekenstempel:

Kundennummer: _____

Lieferung an Patient

Lieferung an Apotheke

SONDENNAHRUNG

ISOSOURCE ENERGY
PZN: 3942085 12x500 ml Anzahl Krt: ____ Neutral

ISOSOURCE SOY ENERGY FIBRE (Milcheiweißfrei)
PZN: 4052502 12x500 ml Anzahl Krt: ____ Neutral

ISOSOURCE PROTEIN FIBRE
PZN: 4128582 12x500 ml Anzahl Krt: ____ Neutral

COMPLEAT NATURE MIX
PZN: 5756777 12x500 ml Anzahl Krt: ____ Neutral

COMPLEAT PAEDIATRIC NATURE MIX
PZN: 5756754 12x500 ml Anzahl Krt: ____ Neutral

COMPLEAT NATURE MIX 1.5. PROTEIN
PZN: 5791472 12x500 ml Anzahl Krt: ____ Neutral

COMPLEAT PLANT PROTEIN 1.6 (vegan)
PZN: 5746069 12x500 ml Anzahl Krt: ____ Neutral

NOVASOURCE GI CONTROL
PZN: 3942174 12x500 ml Anzahl Krt: ____ Neutral

NOVASOURCE GI FORTE
PZN: 3943268 9x1000 ml Anzahl Krt: ____ Neutral

PEPTAMEN
PZN: 4016802 12x500 ml Anzahl Krt: ____ Neutral

PEPTAMEN INTENSE
PZN: 4774773 12x500 ml Anzahl Krt: ____ Neutral

PEPTAMEN AF
PZN: 4131377 12x500 ml Anzahl Krt: ____ Neutral

PEPTAMEN JUNIOR
PZN: 3445369 12x400 g Anzahl Krt: ____ Vanille

PEPTAMEN JUNIOR PHGG
PZN: 5584307 12x500 ml Anzahl Krt: ____ Vanille

MODULEN IBD
PZN: 3445346 12x400 g Anzahl Krt: ____ Neutral

TECHNIK

COMPAT ÜBERLEITGERÄTE (1 Krt. = 30 Stück)
GRAVITY UNIV.SET ENFit (Schwerkraft)
PZN: 4746067 Anzahl Krt: ____

ELLA PUMPEN-SPIKE SET ENFit (f. ELLA Pumpe)
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 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 = Monatsbedarf

Medizinische Begründung:

**Bitte gewünschtes Produkt ankreuzen
und Anzahl der Kartons angeben
(Monatsbedarf) !**