

VERORDNUNGSBLATT

für Versicherte der ÖGK Vorarlberg

SONDENNAHRUNG

Bitte bei Krankenkasse einreichen!

Verordner:

Datum: _____

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 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
PZN: 4235728 12x500 ml Anzahl Krt: ____ Vanille
- ☐ **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
- ☐ **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) !**