



VERORDNUNGSBLATT „SONDENNAHRUNG“

Patient/in:	Verordner:
Lieferadresse:	
Telefonnummer:	
Geb. Datum:	SVNR:
Entlassungsdatum:	Diagnose:

STANDARD SONDENNAHRUNG

FRESUBIN ORIGINAL ohne Ballaststoffe, 1 kcal/ml, 1,2 BE/100 ml

36169 / PZN: 2588977 15 x 500 ml Easybag EB / Tag = Monatsbedarf OP

BALLASTSTOFFFREICHE SONDENNAHRUNG

FRESUBIN ORIGINAL FIBRE mit Ballaststoffen, 1 kcal/ml, 1,2 BE/100 ml

36171 / PZN: 2589698 15 x 500 ml Easybag EB / Tag = Monatsbedarf OP

ENERGIEREICHE SONDENNAHRUNG

FRESUBIN ENERGY FIBRE mit Ballaststoffen, 1,5 kcal/ml, 1,6 BE/100 ml

36172 / PZN: 2586211 15 x 500 ml Easybag EB / Tag = Monatsbedarf OP

SONDENNAHRUNG FÜR FETTSTOFFWECHSELSTÖRUNG

SURVIMED OPD ohne Ballaststoffe, eiweißreich, 1 kcal/ml, 1,3 BE/100 ml

36173 / PZN: 2589706 15 x 500 ml Easybag EB / Tag = Monatsbedarf OP

SONDENNAHRUNG FÜR DIABETES

DIBEN mit Ballaststoffen, Milchbasis, 1 kcal/ml, 0,8 BE/100 ml

36174 / PZN: 2591324 15 x 500 ml Easybag EB / Tag = Monatsbedarf OP

SONDENNAHRUNG BEI MILCHEIWEISSUNVERTRÄGLICHKEIT

FRESUBIN SOJA FIBRE mit Ballaststoffen, Sojabasis, 1 kcal/ml, 1,1 BE/100 ml

36175 / PZN: 3392064 15 x 500 ml Easybag EB / Tag = Monatsbedarf OP

PROTEINREICHE SONDENNAHRUNG

FRESUBIN HP ENERGY ohne Ballaststoffe, 1,5 kcal/ml, 1,4 BE/100 ml

36176 / PZN: 2591382 15 x 500 ml Easybag EB / Tag = Monatsbedarf OP

TRINK- UND SONDENNAHRUNG BEI NIERENINSUFFIZIENZ

FRESUBIN RENAL mit Ballaststoffen, 2,0 kcal/ml, 2,2 BE/100 ml, Geschmack Vanille

39310 / PZN: 4131532 24 x 200 ml EasyDrink EB / Tag = Monatsbedarf OP

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel