

VERBRAUCHSARTIKEL FÜR DIE PARENTERALE ERNÄHRUNG - TECHNIK

Name der Patientin/des Patienten: _____

Versicherter (nur ausfüllen wenn Pat. ein Angehöriger ist): _____

Adresse: _____

Krankenversicherungsträger: _____ SVNR.: _____

Artikel	VPE in Stk.	Menge/OP	Menge/Stk.	Artikelnummer
Standardprodukte:				
o Omnix LL Spritze 10 ml	100	OP	Stk.	4617100V
o Omnix flush Excelsior 10ml	100	OP	Stk.	EM-3513576
o Sterifix Filternadel	100	OP	Stk.	4550404
o Exadrop Infusionsbest. Tropfenregler 210 cm	50	OP	Stk.	4061225
o Intrapur Lipid - Infusionsfilter	50	OP	Stk.	4099702
o Surecan Safety II G.../...mm	20	OP	Stk.	diverse
o Cytocan G.../...mm	25	OP	Stk.	diverse
o CareSite	100	OP	Stk.	415122-01
o Swab Cap	200	OP	Stk.	EM-SCXT3
o Softa Sept N 250ml	1	OP	Stk.	3887138
Optional:				
o Intrafix Primeline Classic(für Infusionstherapie	100	OP	Stk.	4062957E
o Discofix Plus Dreiweghahn blau(Parallelinfusio	100	OP	Stk.	16494C
o Rückschlagventil(bei zusätzl. Pumpe)	50	OP	Stk.	4094000N
o Askina PICC Universal	1	OP	Stk.	7779450

o _____

o _____

Diagnose:

Datum:

Stempel/Unterschrift der Ärztin/des Arztes:
