

KH: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Entlassungstermin: \_\_\_\_\_



### Verordnung enterale Ernährung/Patientendokumentationsblatt

Patientenname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon Patient \_\_\_\_\_

Name Angehöriger \_\_\_\_\_

Telefon Angehöriger \_\_\_\_\_

GebDat/VersNr \_\_\_\_\_

Arzt/Verordner \_\_\_\_\_

Diagnose \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_

Mit der Unterschrift delegiert der/die verordnende Arzt/Ärztin die Einschulung der Patienten bzw. deren betreuenden Personen auf die Handhabung der Sondennahrung an das Homecare-Team der Firma Nutricia bzw. ihrer Kooperationspartner.

#### Standard-Sondennahrung 8 x 1.000 ml SmartPack

Nutrison	OP	<input type="checkbox"/>
Nutrison Energy	OP	<input type="checkbox"/>
Nutrison Multi Fibre	OP	<input type="checkbox"/>
Nutrison Energy Multi Fibre	OP	<input type="checkbox"/>

#### Spezial-Sondennahrung 8 x 1.000 ml SmartPack

Nutrison advanced Dison	OP	<input type="checkbox"/>
Nutrison MCT	OP	<input type="checkbox"/>
Nutrison Protein Plus Multi Fibre	OP	<input type="checkbox"/>
Nutrison Soya Multi Fibre (6 x 1.500 ml Pack)	OP	<input type="checkbox"/>

#### Sondennahrung Pädiatrie 12 x 500 ml SmartPack

Infatrini	OP	<input type="checkbox"/>
Nutrini	OP	<input type="checkbox"/>
Nutrini Multi Fibre	OP	<input type="checkbox"/>
Nutrini Energy	OP	<input type="checkbox"/>
Nutrini Energy Multi Fibre	OP	<input type="checkbox"/>

#### Applikationstechnik und Zubehör

Flocare Pack-Set Schwerkraft Überleitgerät	OP	<input type="checkbox"/>
Flocare Pack-Set Infinity Überleitgerät (für Pumpe Infinity)	OP	<input type="checkbox"/>
Flocare Gastrotube CH _____	OP	<input type="checkbox"/>
Flocare PURSOFT M Sonde CH 10-90 cm	OP	<input type="checkbox"/>
Button CH _____ cm	OP	<input type="checkbox"/>
Sicherheitsverbinder 5 Stück <input type="checkbox"/> Set Standard	OP	<input type="checkbox"/>
ENFit Spritze 60 ml à 10 Stück	OP	<input type="checkbox"/>
ENFit Spritze 100 ml à 30 Stück	OP	<input type="checkbox"/>

#### Trinknahrung 6 x 4 x 200 ml

##### Kostenübernahme nur im Einzelfall!

Fortimel Energy <input type="checkbox"/> fruchtig sortiert <input type="checkbox"/> süß sortiert	OP	<input type="checkbox"/>
Fortimel Energy Multi Fibre sortiert	OP	<input type="checkbox"/>
Fortimel Complete sortiert	OP	<input type="checkbox"/>
Diasip sortiert (z.B. bei Diabetes) (24 x 200 ml)	OP	<input type="checkbox"/>
Elemental 028 sortiert (z.B. bei Morbus Crohn) (18 x 250 ml Tetra)	OP	<input type="checkbox"/>

#### Trinknahrung Pädiatrie 24 x 200 ml

NutriniDrink Multi Fibre <input type="checkbox"/> neutral <input type="checkbox"/> sortiert	OP	<input type="checkbox"/>
---	----	--------------------------

#### Sonstiges

  
  

Bewilligungsvermerk des Krankenversicherungsträgers

Rezeptgebührenbefreiung

Stempel behandelnder Arzt

Der/die Patient/in bzw. der gesetzliche Vertreter ist mit der Weitergabe seiner Daten an Nutricia GmbH einverstanden:  Ja\*

Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_

\* Die Daten dienen ausschließlich der Unterstützung zur besseren und schnelleren Versorgung und werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.  
Informationen zum Datenschutz finden Sie auf [www.nutricia-med.de/datenschutz](http://www.nutricia-med.de/datenschutz)