

KH: _____

Telefon: _____

Entlassungstermin: _____



Verordnung enterale Ernährung/Patientendokumentationsblatt

Patientenname _____

GebDat/VersNr _____

Adresse _____

Arzt/Verordner _____

PLZ/Ort _____

Diagnose _____

Tel/E-Mail Patient _____

Datum/Unterschrift _____

Name Angehöriger _____

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 von Homecare Service Nutricia bzw. deren Kooperationspartner.

Tel/E-Mail Angehöriger _____

Trinknahrung 6 x 4 x 200 ml

Kostenübernahme nur im Einzelfall!
Fortimel 1.5 kcal (Fortimel Energy) OP

 fruchtig sortiert süß sortiert sortenrein-Geschmack: _____

Fortimel Multifibre 1.5 kcal (Fortimel Energy Multi Fibre) OP

 sortiert sortenrein-Geschmack: _____

Fortimel Compact 2.4 kcal OP

 fruchtig sortiert süß sortiert sortenrein-Geschmack: _____

Fortimel Compact Fibre 2.4 kcal OP

 sortiert sortenrein-Geschmack: _____

Diasip (z.B. bei Diabetes) (24 x 200 ml) OP

 sortiert sortenrein-Geschmack: _____

Elemental 028 (z.B. bei Morbus Crohn) (18 x 250 ml Tetra) OP

 sortiert sortenrein-Geschmack: _____

Trinknahrung Pädiatrie 24 x 200 ml

NutriniDrink Multi Fibre OP

 neutral sortiert sortenrein-Geschmack: _____

Sonstiges

Bewilligungsvermerk des Krankenversicherungsträgers

Rezeptgebührenbefreiung
Stempel behandelnder Arzt

Mit der Unterschrift delegiert der/die verordnende Arzt/Ärztin die Einschulung der Patienten bzw. deren betreuenden Personen auf die Handhabung der Sondennahrung an das Team von Homecare Service Nutricia bzw. deren Kooperationspartner. Ja*

* Die Daten dienen ausschließlich der Unterstützung zur besseren und schnelleren Versorgung und werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Informationen zum Datenschutz und Ihren Rechten finden Sie auf unserer Homepage www.nutricia.at

Datum/Unterschrift