

Verordnung parenterale Ernährungstherapie für Kinder

KLINIKDATEN					
Klinik/Station:			behandelnder Klinikarzt:		
				
			Telefon:		
			Fax:		
PATIENTENDATEN (Wenn Rezepte (Muster 16) beigelegt sind, sind die personenbezogenen Angaben nicht notwendig.)					
Der Patient hat sich für die Versorgung durch APOSAN entschieden.					
Name:			Geburtsdatum:		
Straße:			Telefon (privat):		
Wohnort:			Versichertennummer(GKV):		
Kostenträger		Größe:		Gewicht:	
IK Nummer des Kostenträgers:		Diagnose:		Venöser Zugang: peripher Einschwemmkatheter zentral-venös Port Broviac/Hickman	
THERAPIEVORSCHLAG KLINIK bitte beigelegten Plan in der Anlage beachten					
Elektrolyte	in mmol / kg KG	Nährstoffe	in g / kg KG	Start der amb. Therapie	
Natrium	Eiweiß	.....	Gesamtvolumen	..... ml
Kalium	Kohlenhydrate	.....	Laufzeit	..... h
Calcium	Fett	.....	Anflutintervall	.....
Magnesium	Energie (kcal gesamt)	.....	Abflutintervall	..... h
Chlorid			Infusionspumpe (inkl. HiMi)	
Phosphat			Schwerkraft (inkl. HiMi)	
VITAMINE UND SPURENELEMENTE (zu applizierendes Volumen in ml angeben)					
Vitamine: wasserlöslich		fettlöslich infant		oder fettlöslich	
Spurenelemente: Adde junior		oder Trancitans inf.			
Katheter-Block: nach jeder Infusion NaCl 0,9%					
RP. (Rezeptierung der Infusionstherapie für den ambulanten Bereich gemäß Therapievoranschlag der Klinik)					
Klinikarzt / Entlassverordnung (Rezepte [Muster 16] vorab im Anhang zu diesem FAX)					
Vertragsarzt		Klinikambulanz (§117 SGB V)		Ermächtigung (§116 SGB V)	
rezeptierender Arzt (Therapieverantwortung ambulanter Bereich):					
			Telefon:		
			Telefax:		

(Ort/Datum)

(Stempel/Unterschrift Therapieverantwortlicher niedergelassener Arzt)