

Patient / Vers.+ Geb.:

Stand 03/2023

## BEDARF FÜR PARENTERALE ERNÄHRUNG INFUSIONSLÖSUNGEN

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!

ÖGK	Andere Kostenträger	Sonstige
-----	---------------------	----------

Rezeptgebührenbefreiung: JA  NEIN  (Bitte zutreffendes Feld ankreuzen!)

Bezeichnung	Volumen	Kalorien/ Non Protein	VE	Art.Nr.	Monats- bedarf	Menge
<input type="checkbox"/> SmofKabiven	493 ml	550/450	6 Stk.	831917210	OP VIII	OP
<input type="checkbox"/> SmofKabiven	986 ml	1100/900	4 Stk.	831901140	OP VIII	OP
<input type="checkbox"/> SmofKabiven	1477 ml	1600/1300	4 Stk.	831902140	OP VIII	OP
<input type="checkbox"/> SmofKabiven	1970 ml	2200/1800	4 Stk.	831903140	OP VIII	OP
<input type="checkbox"/> SmofKabiven N-Plus zentral	1012 ml	900/635	4 Stk.	833061110	OP VIII	OP
<input type="checkbox"/> SmofKabiven N-Plus zentral	1518 ml	1350/952	4 Stk.	833079110	OP VIII	OP
<input type="checkbox"/> Trimix perikal	600 ml	720/620	6 Stk.	12038911	OP V	OP
<input type="checkbox"/> Phys. Kochsalzlösung 0,9 % Ampulle	10 ml		20 Stk.	B315723	OP III	OP
<input type="checkbox"/> Phys. Kochsalzlösung 0,9 % Glasflasche	100 ml		20 Stk.	B009818	OP II	OP
<input type="checkbox"/> Heparin Natrium	5 ml		10 Stk.	80211800	OP III	OP
<input type="checkbox"/> Tracel	10 ml		5 Stk.	14011010	OP VI	OP
<input type="checkbox"/> Peditrace	10 ml		10 Stk.	HEV1981	OP III	OP
<input type="checkbox"/> Vitalipid für Kinder	10 ml		10 Stk.	831016111	OP III	OP
<input type="checkbox"/> Vitalipid für Erwachsene	10 ml		10 Stk.	831008111	OP III	OP
<input type="checkbox"/> Soluvit Trockenstechampulle	10 ml		10 Stk.	830976111	OP III	OP
<input type="checkbox"/> Dipeptiven	100 ml		10 Stk.	11051014	OP III	OP
<input type="checkbox"/> Omegaven	50 ml		10 Stk.	11110004	OP III	OP
<input type="checkbox"/> Glucose-1-Phosphat	10 ml		5 Stk.	103661	OP VI	OP
<input type="checkbox"/> Elomel isoton	500 ml		10 Stk.	71200254	OP	OP
<input type="checkbox"/> Ringer-Lactat-Lösung	500 ml		10 Stk.	71351254	OP	OP
<input type="checkbox"/> Ringer-Lösung	500 ml		10 Stk.	71301254	OP	OP
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						

Diagnose

Datum

Unterschrift/Stempel