Fresenius Kabi Austria GmbH
Homecare Service
Hafnerstraße 36, 8055 Graz
Tel: 0316 / 249 DW 1446, 1443, 1448
Fax: 0316 / 249 DW 1473

FRESENIUS KABI

Zuständiger Homecaremanager/ Tel.Nr.: _____

Patient / Vers.+ Geb.: _____

Stand 03/2023

BEDARF FÜR PARENTERALE ERNÄHRUNG ÖGK NÖ

Rezeptgebührenbefreiung JA ☐ NEIN ☐
Ab Ausstellungsdatum 14 Tage gültig!

	Bezeichnung	Kalorien/ Non Protein	VE	Art.Nr.	PZN	Monats bedarf	Menge
	Periphervenös						
☐	SmofKabiven 1206 ml peripher	800/700	4 Stk	831911140		OP VIII	OP
☐	SmofKabiven 1904 ml peripher	1300/1100	4 Stk	831912210		OP VIII	OP
	Zentralvenös						
☐	SmofKabiven 986 ml	1100/900	4 Stk	831901140	3546828	OP VII	OP
☐	SmofKabiven 1477 ml	1600/1300	4 Stk	831902140	3546834	OP VII	OP
☐	SmofKabiven 1970 ml	2200/1800	4 Stk	831903140	3546840	OP VII	OP
☐	SmofKabiven N-Plus zentral	900/635	4 Stk	833061110		OP VIII	OP
☐	SmofKabiven N-Plus zentral	1350/952	4 Stk	833079110		OP VIII	OP
☐	**Zusätze**						
☐	Vitalipid für Kinder 10 ml		10 Stk	831016111	0878010	OP III	OP
☐	Vitalipid für Erwachsene 10 ml		10 Stk	831008111	0822618	OP III	OP
☐	Soluvit Trockenstechampulle 10 ml		10 Stk	830976111	0725200	OP III	OP
☐	Tracutil 10 ml		5 Stk	LI4205744	2742585	OP VI	OP
☐	Heparin Sodium 5 ml		10 Stk	80211800	5315079	OP III	OP
☐	NaCl 0,9 % Durchstichflasche 50 ml		20 Stk	K923011	3903725	OP I	OP

Diagnose:

Datum Stempel/Unterschrift des Arztes