FRESENIUS KABI

Stand 01/2020

Patient / Vers.+ Geb.:

BEDARF FÜR PARENTERALE ERNÄHRUNG INFUSIONSLÖSUNGEN

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!

ÖGK für:	SVS	BVAEB	Andere Kostenträger:

Ab Ausstellungsdatum 14 Tage gültig! Rezeptgebührenbefreiung: JA ☐ NEIN ☐ (Bitte zutreffendes Feld ankreuzen!)

	Bezeichnung	Volumen	Kalorien/ Non Protein	VE		Art.Nr.	Monats-bedarf	Menge
☐	SmofKabiven	493 ml	550/450	6	Stk.	831917210	OP VIII	OP
☐	SmofKabiven	986 ml	1100/900	4	Stk.	831901140	OP VIII	OP
☐	SmofKabiven	1477 ml	1600/1300	4	Stk.	831902140	OP VIII	OP
☐	SmofKabiven	1970 ml	2200/1800	4	Stk.	831903140	OP VIII	OP
☐	Trimix perikal	600 ml	720/620	6	Stk.	12038911	OP V	OP
☐	Phys. Kochsalzlösung 0,9 % Ampulle	10 ml		20	Stk.	B315723	OP III	OP
☐	Phys. Kochsalzlösung 0,9 % Glasflasche	100 ml		20	Stk.	B009818	OP II	OP
☐	Heparin Sodium	5 ml		10	Stk.	80211800	OP III	OP
☐	Tracel	10 ml		5	Stk.	14011010	OP VI	OP
☐	Elotrace	100 ml		10	Stk.	11195014	OP III	OP
☐	Peditrace	10 ml		10	Stk.	HEV1981	OP III	OP
☐	Vitalipid für Kinder	10 ml		10	Stk.	831016111	OP III	OP
☐	Vitalipid für Erwachsene	10 ml		10	Stk.	831008111	OP III	OP
☐	Soluvit Trockenstechampulle	10 ml		10	Stk.	830976111	OP III	OP
☐	Dipeptiven	100 ml		10	Stk.	11051014	OP III	OP
☐	Omegaven	50 ml		10	Stk.	11110004	OP III	OP
☐	Glucose-1-Phosphat	10 ml		5	Stk.	11281863	OP VI	OP
☐	Elomel isoton	500 ml		10	Stk.	71200254	OP	OP
☐	Ringer-Lactat-Lösung	500 ml		10	Stk.	71351254	OP	OP
☐	Ringer-Lösung	500 ml		10	Stk.	71301254	OP	OP
☐								
☐								
☐								
☐								

_____	_____	_____
Diagnose	Datum	Unterschrift/Stempel