9021 Klagenfurt am Wörthersee, Kempfstraße 8
Tel. +43 5 0766-162523
Fax +43 5 0766-1682500
Hotline Fresenius Kabi: 0316/249-1446

VERORDNUNGSBLATT
„TRINK- UND SONDENNAHRUNG IN DER PÄDIATRIE"

Nur für Versicherte der Österreichischen Gesundheitskasse für Kärnten

Stand 03/2023

Patient/in: ..... **Verordner**: .....

Lieferadresse: .....

Telefonnummer: .....

Geb. Datum: ..... **Vers. Nr.**: .....

Entlassungsdatum: ..... **Diagnose**: .....

SONDENNAHRUNG

INFATRINI für Säuglinge im Alter 0-12 Monaten bis 8 kg Körpergewicht, mit Ballaststoffen, 1 kcal/ml

LI440030 / PZN: 2836228 24 x 100 ml Flasche ..... Fl. / Tag = Monatsbedarf OP .....

FREBINI ORIGINAL ohne Ballaststoffe, 1 kcal/ml

7469221 / PZN: 3391975 15 x 500 ml Easybag ..... EB / Tag = Monatsbedarf OP .....

FREBINI ORIGINAL FIBRE mit Ballaststoffen, 1 kcal/ml

7470221/ PZN: 3391981 15 x 500 ml Easybag ..... EB / Tag = Monatsbedarf OP .....

FREBINI ENERGY energiereich, ohne Ballaststoffe, 1,5 kcal/ml

7467221/ PZN: 3391952 15 x 500 ml Easybag ..... EB / Tag = Monatsbedarf OP .....

FREBINI ENERGY FIBRE energiereich, mit Ballaststoffen, 1,5 kcal/ml

7468221 / PZN: 3391969 15 x 500 ml Easybag ..... EB / Tag = Monatsbedarf OP .....

NUTRINI PEPTISORB für Kinder im Alter 1-12 Jahre bzw. 8 bis 45 kg Körpergewicht,
bei chronischen entzündlichen Darmerkrankungen bzw. Störungen der Nährstoffverwertung,
ohne Ballaststoffe, 1 kcal/ml,

LI440045 / PZN: 3274726 8 x 500 ml Easybag ..... EB / Tag = Monatsbedarf OP .....

NUTRISON ADVANCED PEPTISORB für Kinder im Alter 7-12 Jahre bzw. 21 bis 45 kg Körpergewicht,
bei chronischen entzündlichen Darmerkrankungen, ohne Ballaststoffe, 1 kcal/ml

LI440057 / PZN: 2614568 8 x 500 ml Easybag ..... EB / Tag = Monatsbedarf OP .....

TRINKNAHRUNG

FREBINI ENERGY (FIBRE) DRINK für Kinder, hochkalorisch, 1,5 Kcal/ ml, 1,7 BE/100 ml

24 x 200 ml Easy Drink

7942601 / PZN: 3280862	Banane	..... ED / Tag = Monatsbedarf OP .....
7943601 / PZN: 3280879	Erdbeere	..... ED / Tag = Monatsbedarf OP .....
7929601 / PZN: 3280885	Schokolade (mit Ballaststoffen)	..... ED / Tag = Monatsbedarf OP .....
794261S / PZN: 3280891	Mischkarton*	..... ED / Tag = Monatsbedarf OP .....

Mischkarton beinhaltet zusätzlich die Geschmacksrichtung Vanille (mit Ballaststoffen)

Anmerkungen: _____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift/Stempel des Arztes