



## VERORDNUNGSBLATT „SONDENNAHRUNG“

Nur für Versicherte der Österreichischen Gesundheitskasse für Kärnten

Stand 01/2020

<b>Patient/in:</b> .....	<b>Verordner:</b> .....
<b>Lieferadresse:</b> .....	
<b>Telefonnummer:</b> .....	
<b>Geb. Datum:</b> .....	<b>Vers. Nr.:</b> .....
<b>Entlassungsdatum:</b> .....	<b>Diagnose:</b> .....

### STANDARD SONDENNAHRUNG

**FRESUBIN ORIGINAL** ohne Ballaststoffe, 1 kcal/ml, 1,2 BE/100 ml

7577221 / PZN: 2588977                      15 x 500 ml Easybag                      ..... EB / Tag = Monatsbedarf OP .....

### BALLASTSTOFFFREICHE SONDENNAHRUNG

**FRESUBIN ORIGINAL FIBRE** mit Ballaststoffen, 1 kcal/ml, 1,2 BE/100 ml

7527221 / PZN: 2589698                      15 x 500 ml Easybag                      ..... EB / Tag = Monatsbedarf OP .....

### ENERGIEREICHE SONDENNAHRUNG

**FRESUBIN ENERGY FIBRE** mit Ballaststoffen, 1,5 kcal/ml, 1,6 BE/100 ml

7256221 / PZN: 2586211                      15 x 500 ml Easybag                      ..... EB / Tag = Monatsbedarf OP .....

### SONDENNAHRUNG BEI RESORPTIONS- UND VERDAUUNGSSTÖRUNGEN

**SURVIMED OPD** ohne Ballaststoffe, eiweißreich, 1 kcal/ml, 1,3 BE/100 ml

7138221 / PZN: 2589706                      15 x 500 ml Easybag                      ..... EB / Tag = Monatsbedarf OP .....

### SONDENNAHRUNG FÜR DIABETES

**DIBEN** mit Ballaststoffen, Milchbasis, 1 kcal/ml, 0,8 BE/100 ml

7596221 / PZN: 2591324                      15 x 500 ml Easybag                      ..... EB / Tag = Monatsbedarf OP .....

### SONDENNAHRUNG BEI MILCHEIWEISSUNVERTRÄGLICHKEIT

**FRESUBIN SOJA FIBRE** mit Ballaststoffen, Sojabasis, 1 kcal/ml, 1,1 BE/100 ml

7130221 / PZN: 3392064                      15 x 500 ml Easybag                      ..... EB / Tag = Monatsbedarf OP .....

### PROTEINREICHE SONDENNAHRUNG

**FRESUBIN HP ENERGY** ohne Ballaststoffe, 1,5 kcal/ml, 1,4 BE/100 ml

7348221 / PZN: 2591382                      15 x 500 ml Easybag                      ..... EB / Tag = Monatsbedarf OP .....

**Anmerkungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Arztes