

Zuständiger Homecaremanager/ Tel.Nr.: _____

Patient / Vers.+ Geb.: _____

BEDARF FÜR PARENTERALE ERNÄHRUNG ÖGK NÖ					
Rezeptgebührenbefreiung		JA	NEIN		
Bezeichnung	Kalorien/ Non Protein	VE	Art.Nr.	PZN	Menge
Periphervenös					
SmofKabiven 1206 ml peripher	800/700	4 Stk.	831911140	3547236	OP
SmofKabiven 1904 ml peripher	1300/1100	4 Stk.	831912210	3547242	OP
Zentralvenös					
SmofKabiven 986 ml	1100/900	4 Stk.	831901140	3546828	OP
SmofKabiven 1477 ml	1600/1300	4 Stk.	831902140	3546834	OP
SmofKabiven 1970 ml	2200/1800	4 Stk.	831903140	3546840	OP
SmofKabiven N-Plus zentral	900/635	4 Stk.	833061110	4474284	OP
SmofKabiven N-Plus zentral	1350/952	4 Stk.	833079110	4474290	OP
Zusätze					
Vitalipid für Kinder 10 ml		10 Stk.	831016111	0878010	OP
Vitalipid für Erwachsene 10 ml		10 Stk.	831008111	0822618	OP
Soluvit Trockenstechampulle 10 ml		10 Stk.	830976111	0725200	OP
Tracutil 10 ml		5 Stk.	LI4205744	2742585	OP
NaCl 0,9 % Durchstichflasche 50 ml		20 Stk.	K923011	3903725	OP
Diagnose:					
Datum		Stempel/Unterschrift des Arztes			