

Anmeldung Parenterale Ernährung

Bitte tel. unter **0160-99 15 00 01** anmelden und an **0911-89 19 165** faxen

Patient

Name	Vorname
Straße	PLZ / Ort
Geburtstag	Telefon
Krankenkasse	Versicherungsnummer
Hausarzt	Telefon

Wer übernimmt die Rezeptierung der geplanten Therapie?

- Klinikambulanz/Poliklinik Hausarzt (Bitte vorher tel. Rücksprache!)

Diagnose und Ernährungsstatus

Diagnose

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Insulin | | |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> Leberfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Flüssigkeitsverluste | _____ ml/d |

Ernährungsstatus

Größe	Gewicht	Gewichtsverlust	Zeitraum
_____ m	_____ kg	_____ kg	_____
Orale Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> reduziert	ca. _____ kcal/d
Orale Flüssigkeitszufuhr	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> reduziert	ca. _____ ml/d

Therapie

Geplante Energiezufuhr	_____ kcal/d	Geplante Flüssigkeitszufuhr	_____ ml/d
Sonstige Zusätze oder Medikamente		Dosis	

Voraussichtlicher Versorgungsbeginn am _____

Kontakt für Rückfragen

Name	Telefon
------	---------

_____ Datum

_____ Stempel / Unterschrift