

Bitte bei der Krankenkasse einreichen!

Verordner

Bewilligung ÖGK

Patientendaten

Name: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

KK u. Vers.Nr.: _____

Diagnose: _____

Voraussichtlicher Entlassungstermin: _____

Apothekenstempel

Kundennummer: _____

Lieferung an Patient

Lieferung an Apotheke

SONDENNAHRUNG

TECHNIK

- ISOSOURCE STANDARD**
PZN: 3942116 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral
- ISOSOURCE STANDARD FIBRE**
PZN: 3942139 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral
- ISOSOURCE ENERGY**
PZN: 3942085 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral
- ISOSOURCE SOY ENERGY FIBRE (Milcheiweißfrei)**
PZN: 4052502 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral
- ISOSOURCE PROTEIN**
PZN: 3943222 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral
- ISOSOURCE PROTEIN FIBRE**
PZN: 4128582 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral
- ISOSOURCE JUNIOR**
PZN: 2345499 24x250 ml Anzahl Krt: ___ Vanille
- COMPLEAT PAEDIATRIC NAT. MIX** vorm. ISOSOURCE JUNIOR MIX
PZN: 5756754 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral
- COMPLEAT NATI RE MIX** vorm. ISOSOURCE MIX
PZN: 5756777 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral
- ISOSOURCE STANDARD BALANCE**
PZN: 4113066 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral
- NOVASOURCE GI CONTROL**
PZN: 3942174 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutral
PZN: 3943268 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Vanille
- NOVASOURCE GI FORTE**
PZN: 4016802 9x1000 ml Anzahl Krt: ___ Neutral
- PEPTAMEN**
PZN: 4235728 12x500 ml Anzahl Krt: ___ Neutra

- COMPAT ÜBERLEITGERÄTE** (1 Karton = 30 Stück)
GRAVITY UNIV.SET ENFit (Schwerkraft)
PZN: 4746067 Anzahl Krt: ___
ELLA PUMPEN-SPIKE SET ENFit
PZN: 4746009 Anzahl Krt: ___
- COMPAT FLEXIBAGGLE Leerbehälter** (1 Krt = 30 Stück)
Leerbehälter zu 1,5 l
PZN: 2345329 Anzahl Krt: ___
- COMPAT COMBISET** (1 Karton = 30 Stück)
Überleitgerät + Leerbeutel
Gravity 1,5 l (Schwerkraft)
PZN: 4746044 Anzahl Krt: ___
ELLA 1,5 l ENFit
PZN: 4745984 Anzahl Krt: ___
- COMPAT GASTROTUBE** (1 VE = 1 Stück)
16 FR
PZN: 1869473 Anzahl VE: ___
22 FR
PZN: 4303766 Anzahl VE: ___

Außertarifliche Produkte: _____

Medizinische Begründung: _____

Bsp. zur Verordnung eines Monatsbedarfes:
bei 1500 ml Sondennahrung/Tag = 8 Krt. Smartflex 500ml
bei 2000 ml Sondennahrung Tag = 10 Krt. Smartflex 500ml
+ 1 Krt. Compat Überleitgerät oder Combiset = Monatsbedarf
Hinweis: 60 ml Spritzen (OP 10 Stk.); Bezug über Apotheke mit
Pharmazentralnummer: 4355869