

## VERORDNUNGSBLATT

### SONDENNAHRUNG

Bitte bei Krankenkasse einreichen!

<b>Verordner</b>	<b>Bewilligung Chefarzt Krankenkasse</b>
------------------	--

<b>Patientendaten</b> Name: _____ Adresse: _____ PLZ/Ort: _____ Telefon: _____ Krankenkasse + Versicherungsnummer _____ Diagnose: _____ <b>Voraussichtlicher Entlassungstermin:</b> _____
--

<b>SONDENNAHRUNG</b>	<b>TECHNIK</b>
----------------------	----------------

- 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** (Milchweißfrei)  
 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 12x500ml Anzahl Krt: \_\_\_ Neutral
- COMPLEAT NATI RE MIX 1.5 PROTEIN**  
 PZN: 5791472 12x500ml Anzahl Krt: \_\_\_ Neutral
- COMPLEAT PLANT PROTEIN 1.6**  
 PZN: 5746069 12x500ml Anzahl Krt: \_\_\_ Neutral
- ISOSOURCE STANDARD BALANCE**  
 PZN: 4113066 12x500 ml Anzahl Krt: \_\_\_ Neutral
- NOVASOURCE GI CONTROL**  
 PZN: 3942174 12x500 ml Anzahl Krt: \_\_\_ Neutral
- NOVASOURCE GI FORTE**  
 PZN: 4235728 12x500 ml Anzahl Krt: \_\_\_ Vanille
- NOVASOURCE GI FORTE**  
 PZN: 3943268 9x1000 ml Anzahl Krt: \_\_\_ Neutral
- NOVASOURCE GI ADVANCE**  
 PZN: 4553807 12x500 ml Anzahl Krt: \_\_\_ Neutral
- PEPTAMEN**  
 PZN: 4016802 12x500 ml Anzahl Krt: \_\_\_ Neutral
- PEPTAMEN AF**  
 PZN: 4131377 12x500 ml Anzahl Krt: \_\_\_ Neutral

- PEPTAMEN JUNIOR VANILLE**  
 PZN: 3445369 12x500 ml Anzahl Krt: \_\_\_ Vanille
- PEPTAMEN JUNIOR PHGG**  
 PZN: 5584307 12x500 ml Anzahl Krt: \_\_\_ Vanille
- MODULEN IBD**  
 PZN: 3445346 12x400 g Anzahl Krt: \_\_\_ Neutral
- COMPAT ÜBERLEITGERÄTE** (1 Krt. = 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)  
 1,5 l PZN: 2345329 Anzahl Krt: \_\_\_  
 0,5 l PZN: 2704633 Anzahl Krt: \_\_\_
- COMPAT COMBISET** (1 Krt. = 30 Stück)  
*Überleitgerät + Leerbeutel in einem Stück*  
 GRAVITY 1,5 l (Schwerkraft) PZN:4746044 Anzahl Krt: \_\_\_\_\_  
 ELLA 1,5 l ENFit ISO PZN:4745984 Anzahl Krt: \_\_\_\_\_
- COMPAT GASTROTUBE** (1 VE = 1 Stück)  
 16 FR PZN: 4303766 Anzahl VE: \_\_\_  
 22 FR PZN: 1869473 Anzahl VE: \_\_\_

Bsp. Zur Verordnung eines Monatsbedarfs  
 bei 1.500 ml Sondennahrung/Tag = 8 Krt. Smartflex 500 ml  
 bei 2.000 ml Sondennahrung/Tag = 10 Krt. Smartflex 500 ml  
 + 1 Krt. Compat Überleitgerät oder CombiSet =  
 Monatsbedarf

Bitte gewünschtes Produkt ankreuzen und Anzahl der Kartons angeben!