

Verordnung Ernährungspumpe mit Zubehör

Zur Vorlage bei der Krankenkasse

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

Diagnose / ICD:

Sehr geehrte Damen und Herren,

oben genannte/r Patient/in befindet sich seitdem _____ in unserer stationären Behandlung.
Für die weitere, häusliche Versorgung werden folgende Artikel verordnet:

Ernährungspumpe mit Zubehör zur enteralen Ernährung via PEG / PEJ / Magensonde / Button / Gastrotube

- ☐ Amika+ ☐ Flocare infinity III (nur Kinder)
- ☐ Infusionsständer ☐ Tischständer ☐ Rucksack
- ☐ Überleitsysteme ☐ Applix-Hydro Bag (VE 8 Stück) ☐ Schwerkraftsysteme
- ☐ PEG-Verbandset (VE 15 Stück)
- Enfit Einmalspritzen (VE = 30 Stück) ☐ 20ml ☐ 10ml ☐ 5 ml ☐ 2ml ☐
- ☐ Magensonde ☐ Jejunalsonde ☐ PEG ☐ Button ☐ Gastrotube

Größe/Ch. _____ Bez./Hersteller _____

Länge: _____ Anlage am: _____

Nahrung:

Kalorienbedarf:

Zusätzliche Flüssigkeitsmenge:

Wir bitten Sie um zeitnahe Kostenübernahme für die verordneten Hilfsmittel und bedanken uns im Namen Ihres Versicherten.

Mit freundlichen Grüßen

Ort / Datum

Stationsarzt / Stationsärztin

Stempel / Unterschrift Stationsarzt / -ärztin