

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 seit dem _____ in unserer stationärer 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 St) 20ml 10ml 5 ml 2ml 1ml
- 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