

VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGES KOMPLETTES NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL

1. Patientenangaben

Name:	Geburtsdatum:
Vorname:	Telefon:
Adresse:	Krankenversicherer:
	Vers.-Nummer:

2. Geplantes Austrittsdatum

3. Vorgesehene Behandlung

☐ Oral	☐ Enteral ☐ nasale Ernährungssonde ☐ PEG-Sonde ☐ RIG-PEG ☐ Button- / Ballonsonde ☐ FKJ-Sonde	☐ PEG-J ☐ Schwerkraft ☐ Ernährungspumpe	☐ Parenteral ☐ zentraler Venenkatheter ☐ peripherer Venenkatheter ☐ Ernährungspumpe
--------------------------------------	--	--	---

4. Therapeutische Angaben, Art der Ernährung

Produktenamen
Hersteller

5. Ergänzungen, Bemerkungen

--

Datum:	Unterschrift und Arztstempel: