

# Therapieplan parenterale Ernährung

Patient		
Name	Vorname	Geburtsdatum

Patientendaten	
cm	kg
Größe in cm	Gewicht in kg

Therapievorschlag zur parenteralen Ernährung	
Parenterale Ernährung  ml <input type="checkbox"/> täglich Kcal <input type="checkbox"/> mal/Woche	Menge: VE
Vitamine  <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> mal/Woche  Trägerlösung:	Menge: VE VE
Spurenelemente <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> mal/Woche	Menge: VE
Sonstiges	Menge: <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> mal/Woche

<input type="checkbox"/> Pumpe <input type="checkbox"/> Schwerkraft	Pumpenmodell:	
Mindestlaufzeit	Std.	ml/h
Zugang	Portpunktion:	mal/Woche
Infusionsanschluss/-abschluss		
Verband	mal/Woche	
Katheterspülung		
Besonderheiten:	Versorgungszeitraum:	

Datum/Unterschrift/Arztstempel	Ansprechpartner/Telefonnummer