

Verschreibung Compounding HPE

Bitte mit Unterschrift u. Stempel per Fax an
0611-88009711

Datum _____		Anzahl Beutel _____		Versorgung ab _____	
Name, Vorname _____			Geburtsdatum _____		
_____ cm	_____ kg	_____ Std	_____ /Woche		
Größe	Gewicht/ Rechengewicht	BMI	Infusionsdauer	Infusionsfrequenz	
Ansprechpartner _____		Telefon _____		Fax _____	

Fett _____ g als SMOFlipid 20% _____ g als Lipovenös MCT 20%	Glucose _____ g Aminosäuren _____ g päd. Aminosäuren _____ g
--	--

Elektrolyte Na _____ mmol Mg _____ mmol K _____ mmol Phosphat _____ mmol Ca _____ mmol	Mikronährstoffe im Beutel compoundet _____ Menge: _____ ml _____ Menge: _____ ml _____ Menge: _____ ml
---	---

Volumen mit Fett (falls vorhanden) _____ ml

geringst mögl. Volumen (70%G / 15%AS)

Mindestvolumen (50%G / 10%AS)

Gleiches Volumen Beutel mit und ohne Fett

Energie _____ kcal

Zusätzliche Anweisungen

Bestellung Zusatzarzneimittel

Bestellmenge
(Pflichtfeld)

Bezeichnung	Verabr. pro Tag	Versandeinheit	OPs/Versand
FrekaVit® wasserl. Novum		1 OP (10 Amp.)	
FrekaVit® fettl. Adult 10 ml		1 OP (10 Amp.)	
FrekaVit® fettl. Infant 10 ml		1 OP (10 Amp.)	
Natrovit Pulver		1 OP (10 Amp.)	
Tracitrans® infant 10 ml		1 OP (10 Amp.)	
NaCl 0,9% Fresenius 10 ml		1 OP (20 Amp.)	

BEAUFTRAGUNG APOTHEKE

Apotheke
Stempel, Datum, Unterschrift

Katheterspülung: Anschluss _____ ml NaCl 0,9% und Abschluss _____ ml NaCl 0,9%

Abschluss mit Taurolock™ _____ ml

Dieser Therapieplan ist vorbehaltlich einer abweichenden ärztlichen Anordnung ab dem Datum der Unterschrift für 3 Monate gültig. Die herzustellende, abzugebende Menge ergibt sich aus der Versorgungsdauer und der Verabreichungsfrequenz.

Sollten aus medizinischen/produktionstechnischen Gründen Anpassungen an Liefertermin/ Liefermenge oder An-/Abbestellung der Zusatzarzneimittel notwendig sein, erfolgt vorab eine Kommunikation mit der Apotheke.

Name initiiender/verordnender Arzt Telefon

ARZT

Arzt
Stempel, Datum, Unterschrift