

**Anmeldung zur Versorgung von
Patienten mit parenteraler Ernährung
Fax: 0911 - 8919165**



Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:
.....

Telefon: Krankenkasse:

Hausarzt:

Versorgungsbeginn:

Zugang: Port Cava Hickmann

Nadelgröße:

Diagnose:
.....

Ist der Patient über seine Erkrankung aufgeklärt: ja nein

Diabetes mellitus Insulin welches :

Einheiten:

Herzinsuffizienz Leberfunktionsstörungen

Niereninsuffizienz Fettstoffwechselstörungen Ascites

Flüssigkeitsverluste durch Erbrechen, Sonden oder Fisteln etc., wie viel: Liter

.....

Größe: cm Gewicht: kg

Darf oder kann der Patient noch orale Kost zu sich nehmen: ja reduziert nein

Geplante Energiezufuhr: Kcal

Geplante Flüssigkeitszufuhr: Liter

Infusionsständer Infusionspumpe stationär Infusionspumpe mobil

Datum: Stempel/Unterschrift: