

**Patient / Vers.+ Geb.:**

**BEDARF FÜR PARENTERALE ERNÄHRUNG INFUSIONSLÖSUNGEN**

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!

ÖGK für:	SVS	BVAEB	andere Kostenträger:

Rezeptgebührenbefreiung                      Ja                      Nein

Bezeichnung	Volumen	Kalorien/ Non-Protein	VE	Art.Nr.	Menge
SmofKabiven	493 ml	330/45	6 Stk.	831917210	OP
SmofKabiven	986 ml	1100/900	4 Stk.	831901140	OP
SmofKabiven	1477 ml	1600/1300	4 Stk.	831902140	OP
SmofKabiven	1970 ml	2200/1800	4 Stk.	831903140	OP
SmofKabiven N-Plus zentral	1012 ml	900/635	4 Stk.	833061110	OP
SmofKabiven N-Plus zentral	1518 ml	1350/952	4 Stk.	833079110	OP
Trimix perikal	600 ml	720/620	6 Stk.	12038911	OP
Phys. Kochsalzlösung 0,9% Ampulle	10 ml		20 Stk.	B315723	OP
Phys. Kochsalzlösung 0,9% Glasflasche	100 ml		20 Stk.	B009818	OP
Phys. Kochsalzlösung 0,9% Kabipack	100 ml		40 Stk.	PK03XE010A	OP
Addaven	10 ml		20 Stk.	HFA1921	OP
Peditrace	10 ml		10 Stk.	HEV19811	OP
Vitalipid für Kinder	10 ml		10 Stk.	831016111	OP
Vitalipid für Erwachsene	10 ml		10 Stk.	831008111	OP
Soluvit Trockenstechampulle	10 ml		10 Stk.	830976111	OP
Dipeptiven	100 ml		10 Stk.	11051014	OP
Omegaven	50 ml		10 Stk.	11110004	OP
Omegaven	100 ml		10 Stk.	11110014	OP
Glucose-1-Phosphat	10 ml		5 Stk.	103661	OP
Elomel isoton	500 ml		10 Stk.	71200254	OP
Elomel isoton	1000 ml		10 Stk.	71200264	OP
Ringer-Lactat-Lösung	500 ml		10 Stk.	71351254	OP

\_\_\_\_\_

**Diagnose** **Datum** **Unterschrift/Stempel**