

VERBRAUCHSARTIKEL FÜR DIE PARENTERALE ERNÄHRUNG – TECHNIK

Name des Patient/in: _____

Versicherter (nur ausfüllen wenn Pat. ein Angehöriger ist): _____

Adresse: _____

Krankenkasse: _____ Vers. Nr.: _____

Artikel	VPE in Stk.	Menge/OP	Menge/Stk.	Artikelnummer
<input type="checkbox"/> Erstversorgerpaket	1	OP	Stk.	
<input type="checkbox"/> Omnifix LL Spritze 10 ml	100	OP	Stk.	4617100V
<input type="checkbox"/> Omniflush Excelsior 10ml	100	OP	Stk.	EM-3513576
<input type="checkbox"/> Sterifix Filternadel	100	OP	Stk.	4550404
<input type="checkbox"/> Exadrop Infusionsbest. Tropfenregler 210 cm	50	OP	Stk.	4061225
<input type="checkbox"/> Intrapur Lipid – Infusionsfilter	50	OP	Stk.	4099702
<input type="checkbox"/> Intrafix Primeline Classic	100	OP	Stk.	4062957E
<input type="checkbox"/> Surecan Safety II G..../.... mm	20	OP	Stk.	diverse
<input type="checkbox"/> Combi Rot Verschlusskonus	100	OP	Stk.	4495101
<input type="checkbox"/> CareSite	100	OP	Stk.	415122-01
<input type="checkbox"/> Discofix Plus Dreiwegehahn blau	100	OP	Stk.	16494C
<input type="checkbox"/> Rückschlagventil	50	OP	Stk.	4094000N
<input type="checkbox"/> Softa Cloth CHX 2%	100 Stück	OP	Stk.	19581
<input type="checkbox"/> Swab Cap	200 Stück	OP	Stk.	EM-SCXT3
<input type="checkbox"/> Askina Mullkompressen steril	25 x 2 Stk	OP	Stk.	9031219N
<input type="checkbox"/> Askina Derm 10 x 12 cm	10 Stk	OP	Stk.	F72035
<input type="checkbox"/> Tauro Lock Klassik	10 Amp. á 3 ml	OP		TP-01
Indikationen:	<input type="checkbox"/> nach Katheterinfektion <input type="checkbox"/> Kurzdarm <input type="checkbox"/> Immundefizite <input type="checkbox"/> Träger von künstl. Herzklappen <input type="checkbox"/> Risikopatient weil			
<input type="checkbox"/> Askina PICC Universal	1	OP....	Stk....	7779450

Diagnose: _____

Datum: _____

Stempel/Unterschrift des Arztes: _____