

Stempel der entlassenden Klinik/Abteilung

Datum: _____

 E-Mail:
 Telefonnummer:

Weiterleitungsbogen heimparenterale Ernährung

Patientendaten			
Name, Vorname:			
Geburtsdatum:		Alter:	
Straße und HNR:		PLZ und Ort	
Telefonnummer 1:		Handynummer:	
Telefonnummer 2: (Angehörige, gesetzlicher Betreuer)		Diagnose/n:	
Größe [cm]:		BMI [kg/m²]:	
Aktuelle Gewicht [kg]		Normalgewicht [kg]: Wann zuletzt gemessen?:	
Gewichtsverlust [%]:		Zeitraum des Verlustes: (In Tagen/Wochen/Monaten)	
Art des Zuganges:	Port: ☐ Hickman: ☐ Broviac: ☐ Picc-line: ☐ peripher Venös: ☐ sonstige:		
Port-Nadel Größe:		Port-Nadel Wechsel:	
Krankenkasse			
Kasse:		Versicherungs-Nr.:	
Status:	gesetzlich ☐ privat ☐	Zuzahlungsbefreit:	Ja ☐ Nein ☐
freiwillig versichert:	Ja ☐ Nein ☐	Selbstzahler:	Ja ☐ Nein ☐
Pflegegrad:			
Rezeptierender Arzt			
Name:			
Straße und HNR:		PLZ und Ort:	
Telefonnummer:		Faxnummer:	
Pflegedienst			
vorhanden:	Ja ☐ Nein ☐	wird benötigt:	Ja ☐ Nein ☐
Name:			
Straße und HNR:		PLZ und Ort:	
Telefonnummer:		Faxnummer:	
Homecareunternehmen/Sanitätshaus/Apotheke			
Name/Ansprechpartner:		Telefonnummer:	
Ernährungsanamnese			
Aktuelle orale Nahrungsaufnahme:		Energiebedarf [kcal/d]:	
Aktuelle orale Flüssigkeitsaufnahme:		Flüssigkeitsbedarf [ml/d]:	
Aktuelle orale Eiweißaufnahme:		Eiweißbedarf [g/d]:	
Geplantes Ernährungsregime			
Infusionspumpe	☐	Flussrate [ml/h]:	
Fortführung der Klinik – Infusion gemäß Anlage:	Ja ☐ Nein ☐		
Energie [kcal]:		Glukose [g]:	
Aminosäuren [g]:		Lipide [g]:	
Volumen [ml]:		Ggf. Produktname:	
Vitamine: fettlöslich ☐ wasserlöslich ☐		Spurenelemente:	Ja ☐ Nein ☐
Sonstige Zusätze/Medikamente:			
Anmerkungen / Sonstiges:		Entlassungstermin:	