

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: <small>(Angehörige, gesetzlicher Betreuer)</small>		Diagnose/n:	
Größe [cm]:		BMI [kg/m ²]:	
Aktuelle Gewicht [kg]		Normalgewicht [kg]: <small>Wann zuletzt gemessen?:</small>	
Gewichtsverlust [%]:		Zeitraum des Verlustes: <small>(In Tagen/Wochen/Monaten)</small>	
Art des Zuganges:	Port: <input type="checkbox"/> Hickman: <input type="checkbox"/> Broviac: <input type="checkbox"/> Picc-line: <input type="checkbox"/> peripher Venös: <input type="checkbox"/> sonstige: <input type="checkbox"/>		
Port-Nadel Größe:		Port-Nadel Wechsel:	
Krankenkasse			
Kasse:		Versicherungs-Nr.:	
Status:	gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/>	Zuzahlungsbefreit:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
freiwillig versichert:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Selbstzahler:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Pflegegrad:			
Rezeptierender Arzt			
Name:			
Straße und HNR:		PLZ und Ort:	
Telefonnummer:		Faxnummer:	
Pflegedienst			
vorhanden:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	wird benötigt:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	Flussrate [ml/h]:	
Fortführung der Klinik – Infusion gemäß Anlage:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Energie [kcal]:		Glukose [g]:	
Aminosäuren [g]:		Lipide [g]:	
Volumen [ml]:		Ggf. Produktname:	
Vitamine: fettlöslich <input type="checkbox"/> wasserlöslich <input type="checkbox"/>		Spurenelemente:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sonstige Zusätze/Medikamente:			
Anmerkungen / Sonstiges:		Entlassungstermin:	