



# Weiterleitungsbogen heimparenterale Ernährung

Name, Vorname:			
Vsl. Entlassungstermin:			
Adresse:			
Geburtsdatum:		Tel. (1):	Tel. (2):
Körpergröße [cm]:		Körpergewicht [kg]:	
BMI [kg/m <sup>2</sup> ]:		Normalgewicht [kg]:	
Art des zentralvenösen Zugangs:		ggf. Datum der Anlage:	
Krankenkasse:			Vers.-Nr.:
Betreuender Arzt/Arztpraxis:			
Pflegedienst: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Wenn ja, welcher Pflegedienst:			
Zuzahlungsbefreit: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Aktivität/Bewegung: <input type="checkbox"/> immobil <input type="checkbox"/> teilweise mobil <input type="checkbox"/> mobil			
Nahrungsaufnahme [kcal]:		Trinkmenge [ml]:	
Diagnosen:			
Beschwerden:			
Derzeitiges Ernährungsregime im Krankenhaus:			
<small>(Wir bitten um Verständnis, dass wir bei der Produktauswahl vorwiegend auf Präparate zurückgreifen, die in unserer Klinik gelistet sind. Selbstverständlich kann der weiterbehandelnde Arzt ein kalorien- und nährstoffgleiches Äquivalenzpräparat verordnen.)</small>			
Sonstiges:			

Version	Erstellt	Freigegeben durch ZEM:	Gültig bis:	Seite
2.1	01.05.2016	13.12.2022	13.12.2025	1/1