Bitte an der Perforation heraustrennen

Verordnungsservice CareSolution®

PER FAX AN: 0 341 - 23 10 129
Telefon: 0341 - 23 10 112

Praxisstempel

ANFRAGE

zur GKV-gestützten
Arzneimittelwirtschaftlichkeitsberechnung

BSNR: _____

LANR: _____

Krankenkasse: _____

Geburtsjahr: ☐☐☐☐ Geschlecht: ☐ m ☐ w

Gewicht aktuell: _____ kg Körpergröße: _____ cm

Zugangsart: ☐ zentral-venös ☐ peripher-venös

Dauer der Versorgung (Tage pro Rezept): ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 10

Auswahl EINER der folgenden Optionen (1 - 5)

☐ **Basis-Option: Produkte vergleichen (1)**

PZN / Name: _____ Packungsgröße: _____ ml

PZN / Name: _____ Packungsgröße: _____ ml

☐ **Basis-Option: Leitlinienvorschlag ermitteln (2)**

Körpergewicht vor 6 Monaten: _____ kg

derzeitige Nahrungsaufnahme: ☐ 0 % ☐ 25 % ☐ 50 %

Aktivitätslevel / Stressfaktor: ☐ bettlägerig ☐ meist sitzend ☐ zusätzlich Stehen und Gehen
☐ überwiegend Stehen, Gehen ☐ hohe körperliche Belastung

Andere Besonderheiten: ☐ Diabetes mellitus ☐ Tumorpatient ☐ elektrolytfreie PE

Einschleichregime gewünscht: ☐ nein ☐ 80 % ☐ 60 %

☐ **Spezial-Option: Nährstoffe einzeln angeben (3)**

Aminosäurezufuhr: _____ g/Tag Fettzufuhr: _____ g/Tag Glukosezufuhr: _____ g/Tag

Elektrolytzufuhr: ☐ Basalbedarf ☐ elektrolytfrei Flüssigkeitslimit: _____ ml

☐ individuelle Einstellung:

Ca: _____ mmol/d K: _____ mmol/d Mg: _____ mmol/d Na: _____ mmol/d P: _____ mmol/d

☐ **Spezial-Option: PE für chronisches Darmversagen berechnen (4)**

Hinweis: Bitte zusätzlich Angaben unter Option (3) ausfüllen

inklusive Vitamin K: ☐ ja ☐ nein Tagesbedarf Zink: _____ µmol

Chlorid-Acetat Verhältnis ☐ 1 : 1 ☐ 1 : 2 ☐ 1 : 3 ☐ nicht relevant

minimaler Flüssigkeitsbedarf: _____ ml maximales Flüssigkeitslimit: _____ ml

☐ **Spezial-Option: Intradialytische PE berechnen (5)**

Laufzeit der Dialyse: ☐ 3 Stunden ☐ 3,5 Stunden ☐ 4 Stunden

ZUSATZANGABEN

Vitamine / Spurenelemente zugeben: ☐ ja ☐ nein Applikation erfolgt über Rucksacksystem: ☐ ja ☐ nein

andere Erkrankungen: ☐ Leberinsuffizienz ☐ Niereninsuffizienz ☐ Ödeme

ORGANISATION

Ansprechpartner/in in der Praxis: _____

Telefonnummer: _____ Unterschrift: _____

E-Mail-Adresse: _____ Datum: _____