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: _____

Unsere Auftraggeber:

TK Die Techniker · BARMER · DAK Gesundheit · AOK Bayern Die Gesundheitskasse. · AOK PLUS · IKK classic · KKH Kaufmännische Krankenkasse · KNAPPSCHAFT für meine Gesundheit! · AOK Sachsen-Anhalt Die Gesundheitskasse. · HEK · BKK