

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:

