

**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: \_\_\_\_\_