

**VERBRAUCHSARTIKEL FÜR DIE PARENTERALE ERNÄHRUNG - TECHNIK**

**WGKK**

Name des Patient/in: \_\_\_\_\_

Versicherter (nur ausfüllen wenn Pat. ein Angehöriger ist): \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers. Nr.: \_\_\_\_\_

Artikel	VPE in Stk.	Menge/OP	Menge/Stk.	Artikelnummer
<b>Standardprodukte:</b>				
o Omnix LL Spritze 10 ml	100	OP .....	Stk. ....	4617100V
o Omnix flush Excelsior 10ml	100	OP .....	Stk. ....	EM-3513576
o Sterifix Filternadel	100	OP .....	Stk. ....	4550404
o Exadrop Infusionsbest. Tropfenregler 210 cm	50	OP .....	Stk. ....	4061225
o Intrapur Lipid - Infusionsfilter	50	OP .....	Stk. ....	4099702
o Surecan Safety II G.../...mm	20	OP .....	Stk. ....	diverse
o Cytocan G.../...mm	25	OP .....	Stk. ....	diverse
o CareSite	100	OP .....	Stk. ....	415122-01
o Swab Cap	200	OP .....	Stk. ....	EM-SCXT3
o Softa Sept N 250ml	1	OP .....	Stk. ....	3887138
<b>Optional:</b>				
o Intrafix Primeline Classic(für Infusionstherapie	100	OP .....	Stk. ....	4062957E
o Discofix Plus Dreiweghahn blau(Parallelinfusio	100	OP .....	Stk. ....	16494C
o Rückschlagventil(bei zusätzl. Pumpe)	50	OP .....	Stk. ....	4094000N
o Askina PICC Universal	1	OP .....	Stk. ....	7779450

o \_\_\_\_\_

o \_\_\_\_\_

**Diagnose:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Datum:**

**Stempel/Unterschrift des Arztes:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_