



FAXNUMMER DER ZUSTÄNDIGEN APOTHEKE:

PARENTERALE ERNÄHRUNG - REZEPT

Name des Patient/in: _____

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

Adresse: _____

Krankenkasse: _____ Vers. Nr.: _____

Artikel	VPE in Stk.	Menge	Art. Nr.	Artikel	VPE in Stk.	Menge	Art. Nr.
<input type="radio"/> Nutriflex Lipid Plus 1250 ml	5 Stück	OP	3250032	<input type="radio"/> Nutriflex Omega Plus 1250 ml	5 Stück	OP	3250250
<input type="radio"/> Nutriflex Lipid Plus 1875 ml	5 Stück	OP	3250040	<input type="radio"/> Nutriflex Omega Plus 1875 ml	5 Stück	OP	3250255
<input type="radio"/> Nutriflex Lipid Plus 2500 ml	5 Stück	OP	3250059	<input type="radio"/> Nutriflex Omega Plus 2500 ml	5 Stück	OP	3250260
<input type="radio"/> Nutriflex Lipid Spezial 625 ml	5 Stück	OP	3250110	<input type="radio"/> Nutriflex Omega Spezial 625 ml	5 Stück	OP	3250265
<input type="radio"/> Nutriflex Lipid Spezial 1250 ml	5 Stück	OP	3250121	<input type="radio"/> Nutriflex Omega Spezial 1250 ml	5 Stück	OP	3250270
<input type="radio"/> Nutriflex Lipid Spezial 1875 ml	5 Stück	OP	3250130	<input type="radio"/> Nutriflex Omega Spezial 1875 ml	5 Stück	OP	3250275
<input type="radio"/> Nutriflex Lipid Peri 1250 ml	5 Stück	OP	3250008				
<input type="radio"/> Nutriflex Lipid Peri 1875 ml	5 Stück	OP	3250016				
<input type="radio"/> Nutriflex Lipid Peri 2500 ml	5 Stück	OP	3250024				

Infusionslösungen:

Vitamine/Spurenelemente

<input type="radio"/> Ringerlösung - Braun 500 ml	10 Stk	OP	3646350	<input type="radio"/> Tracutil Amp. 10 ml	5 x 10 ml	OP	3505103
<input type="radio"/> Ringerlösung - Braun 1000 ml	10 Stk	OP	3646361	<input type="radio"/> Vitalipid Amp.	10 Stück	OP	831008111
<input type="radio"/> Ringerlactat - Braun 500 ml	10 Stk	OP	3505154	<input type="radio"/> Soluvit dst. Amp. 10 ml	10 Stück	OP	830976111
<input type="radio"/> Ringerlactat - Braun 1000 ml	10 Stk.	OP	3505146				
<input type="radio"/> NaCl 0,9% - Braun 500 ml	10 Stk.	OP	3645967				
<input type="radio"/> NaCl 0,9% - Braun 1000 ml	10 Stk.	OP	3645975				
<input type="radio"/> Kaliumchlorid - Braun 7,45% 20 ml	20 Stk.	OP	3505758				

0 _____

0 _____

Diagnose:

Datum:

Stempel/Unterschrift des Arztes:

Rezeptgebühr befreit: JA NEIN