

BESTELLFORMULAR – ENTERALE ERNÄHRUNG

PATIENTENDATEN

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____
Adresse _____ Telefon _____
Krankenkasse _____ Krankenversicherer _____ E-Mail _____
AHV _____

Kursiv: Nur auszufüllen, wenn nicht auf dem Formular zur Kostenübernahme der Versicherung vorhanden.

SONDE

☐ NGS ☐ NJS ☐ PEG ☐ PEG-J ☐ PRG ☐ Pexact ☐ Button ☐ FKJ ☐ Andere _____
Datum der Einlage _____ Marke _____ CH _____ Länge in cm (nur bei Button) : _____

PFLEGE

Unterstützung durch Spitex/Pflege _____ ☐ nicht nötig
Ernährungsberatung ☐ Spital _____ ☐ AxelCare ☐ Andere _____
Nächster Termin _____
Behandelnde(r) Ärztin / Arzt _____

BEHANDLUNG

Produkt _____ Menge/24h _____ Laufrate _____ ☐ anpassen
☐ in der Nacht ☐ tagsüber
Hydratation ☐ per os ☐ via Sonde ☐ Flüssigkeitsrestriktion _____ ml
Medikamente ☐ per os ☐ via Sonde

MATERIAL

☐ Material gemäss Expertise und Richtlinien Axelcare
☐ Bitte kontaktieren Sie mich, um das für diese Situation benötigte Material zu besprechen.

BEMERKUNGEN
