Anmeldeformular enterale Sondennahrung

Zuweisende Person / Institution / Spital	Institution: Name/Vorname Zuweiser: Kontakt (Tel./Mail):
Kontaktangaben Patient/Patientin	☐ Kontaktangaben gemäss Gesuch (bitte beilegen) *Falls kein Gesuch bitte Kontaktangaben Patient/in ausfüllen:* Name/Vorname: Geburtsdatum: Adresse: Krankenkasse: Telefon: Mail: Involvierte Angehörige:
Austritt	Austrittsdatum: ☐ nach Hause ☐ Ins Heim: ☐ mit Spitex: ☐ ohne Spitex ☐ andere Institution:
Sonde	☐ Gemäss beiliegendem Sondenplan (bitte beilegen) Falls kein Sondenplan beigelegt wird, bitte ausfüllen: **Sondenart** ☐ PEG ☐ Button ☐ NGS ☐ NJS ☐ FKJ ☐ J-PEG ☐ Andere: **Sondenprodukt** Produkt: Dosierung: ml/24h Zeitpunkt(e): / / **Applikation** ☐ Pumpe: ml/h ☐ Kontinuierlich ☐ Bolus ☐ Schwerkraft ☐ Spritze
Orale Ernährung & Flüssigkeitsaufnahme	☐ möglich ☐ keine orale Ernährung möglich Kostform/Konsistenz: Flüssigkeitszufuhr eingeschränkt: ☐ Ja, max. _____ml/d ☐ nein
KoGu-Gesuch/Verordnung	☐ wird beigelegt, bitte durch Homecare einreichen ☐ wurde bereits eingereicht (SVK)
Nachbetreuung	☐ durch zuweisende Institution ☐ durch Homecare ☐ Andere:
Sonstiges / Bemerkungen	

Homecare Apotheke Burgdorf, Apotheke Ryser AG
Lyssachstrasse 17, 3400 Burgdorf
Tel / 034 422 44 86 Fax / 034 422 25 60 homecareburgdorf.info@hin.ch