

# Therapieplan parenterale Ernährung

Patient		
Name	Vorname	Geburtsdatum

Patientendaten	
cm	kg
Größe in cm	Gewicht in kg

Therapievorschlag zur parenteralen Ernährung	
Parenterale Ernährung  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>ml</span> <span><input type="checkbox"/> täglich</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Kcal</span> <span><input type="checkbox"/> mal/Woche</span> </div>	Menge: <div style="text-align: right;">VE</div>
Vitamine  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span></span> <span><input type="checkbox"/> täglich</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span></span> <span><input type="checkbox"/> mal/Woche</span> </div> Trägerlösung:	Menge: <div style="text-align: right;">VE</div> <div style="text-align: right;">VE</div>
Spurenelemente  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span></span> <span><input type="checkbox"/> täglich</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span></span> <span><input type="checkbox"/> mal/Woche</span> </div>	Menge: <div style="text-align: right;">VE</div>
Sonstiges	Menge:  <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> täglich  <input type="checkbox"/> mal/Woche           </div>

<input type="checkbox"/> Pumpe <input type="checkbox"/> Schwerkraft	Pumpenmodell:		
Mindestlaufzeit	Std.	ml/h	
Zugang	Portpunktion:	mal/Woche	
Infusionsanschluss/-abschluss			
Verband	mal/Woche		
Katheterspülung			
Besonderheiten:	Versorgungszeitraum:		

Datum/Unterschrift/Arztstempel	Ansprechpartner/Telefonnummer