

**VERORDNUNGSBLATT  
„TRINK- UND SONDENNAHRUNG IN DER PÄDIATRIE“**

<b>Patient/in:</b> .....	<b>Verordner:</b> .....
<b>Lieferadresse:</b> .....	
<b>Telefonnummer:</b> .....	
<b>Geb. Datum:</b> .....	<b>Vers. Nr.:</b> .....
<b>Sozialversicherungsträger:</b> .....	
<b>Entlassungsdatum:</b> .....	<b>Diagnose:</b> .....

**SONDENNAHRUNG**

**FREBINI ORIGINAL**

Standardsondennahrung, ohne Ballaststoffe, 1 kcal/ml

7469221     15 x 500 ml Easybag    ..... EB/Tag    = Monatsbedarf    OP .....

---

**FREBINI ORIGINAL FIBRE**

Standardsondennahrung, mit Ballaststoffen, 1 kcal/ml

7470221     15 x 500 ml Easybag    ..... EB/Tag    = Monatsbedarf    OP .....

---

**FREBINI ENERGY**

Energiereiche Sondennahrung, ohne Ballaststoffe, 1,5 kcal/ml

7467221     15 x 500 ml Easybag    ..... EB/Tag    = Monatsbedarf    OP .....

---

**FREBINI ENERGY FIBRE**

Energiereiche Sondennahrung, mit Ballaststoffen, 1,5 kcal/ml

7468221     15 x 500 ml Easybag    ..... EB/Tag    = Monatsbedarf    OP .....

---

**TRINKNAHRUNG**

**FREBINI ENERGY (FIBRE\*) DRINK**

hochkalorisch, Schokolade und Vanille mit Ballaststoffen, 1,5 Kcal/ ml, 1,7 BE/100 ml

**24 x 200 ml Easy Drink**

7026501	<input type="checkbox"/> Banane	..... ED/Tag	=	Monatsbedarf	OP .....
7027501	<input type="checkbox"/> Erdbeere	..... ED/Tag	=	Monatsbedarf	OP .....
7028501	<input type="checkbox"/> Schokolade*	..... ED/Tag	=	Monatsbedarf	OP .....
7029501	<input type="checkbox"/> Vanille*	..... ED/Tag	=	Monatsbedarf	OP .....
702951 S	<input type="checkbox"/> Mischkarton	..... ED/Tag	=	Monatsbedarf	OP .....

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

---