


Kostengutsprachegesuch für die künstliche Ernährung zu Hause Trinknahrung, Sondennahrung, Parenterale Ernährung


1. Wichtige Hinweise

- 1.1. Die Kostengutsprache kann nur erteilt werden nach Überprüfung und Zustimmung der Indikationsstellung und der therapeutischen Angaben (Produktewahl) durch einen ärztlichen Experten.
- 1.2. Die Kosten der enteralen respektive parenteralen Ernährung zu Hause werden aus der Grundversicherung übernommen, wenn eine Ernährung über eine Sonde respektive intravenös erforderlich ist. Die Kosten der sondenfreien enteralen Ernährung (Trinknahrung) werden nur aus der Grundversicherung übernommen, wenn die Indikationsstellung gemäss den „GESKES Richtlinien“ gestellt ist (Anhang 1 KLV). Der Patient kann grundsätzlich frei wählen, bei welchem Leistungserbringer er das benötigte Produkt beziehen möchte. Wir empfehlen die Versorgung durch einen GESKES-zertifizierten Home Care Service.
- 1.3. Die Unterzeichnenden erklären sich damit einverstanden, dass die Angaben in anonymisierter Form vom SVK zentral ausgewertet und für statistische Zwecke durch die GESKES verwendet werden.
- 1.4. **Nur vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Gesuche können bearbeitet werden.**

2. Patient

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Weiblich	<input type="radio"/> Männlich
Adresse		Sprache <input type="text"/>	
PLZ, Ort <input type="text"/>			
Krankenversicherer	<input type="text"/>	Versnr.	<input type="text"/>
Bitte zutreffendes ankreuzen:			
<input type="checkbox"/> Ja	Ich bin damit einverstanden, dass dem unter Ziff. 9 aufgeführten Home Care Service sowie der Ernährungsberatung, wenn unter Ziff. 10 namentlich vermerkt, eine Kopie der Kostengutsprache zugestellt wird und dass diese meine Versorgung gemäss Richtlinien GESKES übernehmen. Der Datenschutz wird gewährt, es werden keine medizinischen Daten weitergegeben.		
<input type="checkbox"/> Nein	Ich bin nicht einverstanden, dass eine Kopie der Kostengutsprache weitergeleitet wird und nehme zur Kenntnis, dass ich die Rechnung des Home Care Service selber bezahlen und um die Rückerstattung beim Krankenversicherer bemüht sein muss.		
Datum, Unterschrift: _____			 Hier unterschreiben

3. a) Verordnender Arzt (Hauptverantwortung für Patient)

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Adresse		ZSR - Nr. <input type="text"/>	
PLZ, Ort <input type="text"/>			
Telefon	<input type="text"/>	e- Mail	<input type="text"/>
Datum, Unterschrift: _____			 Hier unterschreiben

Name

4. Fragen zu Geburtsgebrechen

(nur ausfüllen wenn ein Geburtsgebrechen besteht bzw. eine Anmeldung bei der IV erfolgt)

Besteht bereits eine IV-Verfügung? Ja GGV-Nr. Nein

Wurde bereits ein Geburtsgebrechen beantragt, die entsprechende Verfügung Ja Nein
bzw. Annerkennung ist aber noch ausstehend?

Steht die Ernährungstherapie in Zusammenhang mit dem gemeldeten Geburtsgebrechen? Ja Nein

5. Medizinische Indikationen für künstliche Ernährung (Code ankreuzen)

Haupt-Diagnose: (ICD-Code): ← Nur ICD-Code angeben

Anatomisch bedingt	
Chronischer Darmverschluss (chronischer Ileus)	<input type="checkbox"/>
„High out-put“ Fisteln	<input type="checkbox"/>
Inoperable Stenosen von Speiseröhre und Magen	<input type="checkbox"/>
Gastrointestinale und enterokutane Fisteln	<input type="checkbox"/>
Kurzdarmsyndrom	<input type="checkbox"/>
Missbildungen	<input type="checkbox"/>
Neurologisch bedingt	
Cerebralparese	<input type="checkbox"/>
Cerebro-vaskulärer Insult	<input type="checkbox"/>
degenerative ZNS-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Störungen des Kau- und Schluckapparates	<input type="checkbox"/>
Organ bedingt	
Leber, Herz, Lunge, Niere	<input type="checkbox"/>
Pankreas	<input type="checkbox"/>
Bösartiger Tumor	<input type="checkbox"/>
Chronische Infekte	
Chronische Polyarthrit	<input type="checkbox"/>
Endokarditis	<input type="checkbox"/>
HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>
Tbc	<input type="checkbox"/>
Spezielle Indikationen	
Schwere Malabsorptions- und Diarrhöe-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Intestinale Motilitätsstörungen	<input type="checkbox"/>
Cystische Fibrose	<input type="checkbox"/>
Strahlenenteritis	<input type="checkbox"/>
Anorexia mentalis	<input type="checkbox"/>
Chronische entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)	<input type="checkbox"/>
Angeborene Stoffwechselstörungen	<input type="checkbox"/>

6. Anamnestische Angaben / Ausmass der Mangelernährung

Zeitpunkt Diagnose (Datum)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> zufriedenstellender Ernährungszustand
Körpergrösse in cm	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Risiko für Mangelernährung
Aktuelles Gewicht in kg	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> schlechter Ernährungszustand
Normalgewicht vor der Erkrankung in kg	<input type="text"/>	Anmerkungen:
Unbeabsichtigter Gewichtsverlust innerhalb des letzten Monats in kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unbeabsichtigter Gewichtsverlust innerhalb der letzten 6 Monate in kg	<input type="text"/>	

Name

7. Vorgesehene Behandlung im Rahmen der künstlichen Ernährung zu Hause

(Bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> oral	<input type="checkbox"/> enteral	<input type="checkbox"/> parenteral
	<input type="checkbox"/> nasale Ernährungssonde	<input type="checkbox"/> zentralvenöser Katheter
	<input type="checkbox"/> PEG-Sonde	<input type="checkbox"/> periphervenöser Katheter
	<input type="checkbox"/> Button/Ballonsonde	
	<input type="checkbox"/> FKJ-Sonde	
	<input type="checkbox"/> EPJ-Sonde	

8. Therapeutische Angaben

Die dem SVK angeschlossenen Krankenversicherer übernehmen Nährlösungen, Applikationssysteme und Verbrauchsmaterial von Herstellern/Home Care Services, mit denen vertragliche Vereinbarungen des SVK bestehen. Die Produktwahl erfolgt "**nach Verordnung**".

a)

Art der Ernährung (oral/enteral/parenteral)	Applikation (nur enteral)
<input type="checkbox"/> nährstoffdefinierte Standardprodukte	<input type="checkbox"/> Schwerkraft
<input type="checkbox"/> proteinreiche Produkte	<input type="checkbox"/> Ernährungspumpe
<input type="checkbox"/> krankheitsadaptierte Standardprodukte	<input type="checkbox"/> anderes

b)

Bedarfsdeckung durch künstliche Ernährung
<input type="checkbox"/> vollständig (>6.3 MJ/1500 kcal)
<input type="checkbox"/> teilweise (3.3 - 6.3 MJ/800 - 1500 kcal)
<input type="checkbox"/> ergänzend (< 3.3 MJ/800 kcal)

c)

Selbstständigkeit
<input type="checkbox"/> Patient ist selbständig
<input type="checkbox"/> wird durch Angehörige unterstützt/braucht Spitex nur in Anfangsphase
<input type="checkbox"/> braucht längerfristige Unterstützung durch Spitex/Pflege

9. Home Care Service

<input type="checkbox"/> Homecare Amavita Birsfelden, Birsfelden	<input type="checkbox"/> Homecare Apotheke Burgdorf, Burgdorf
<input type="checkbox"/> Homecare Amavita Liestal, Liestal	<input type="checkbox"/> HomeCare Mittelland Plus, Olten
<input type="checkbox"/> AxelCare SA, Bevaix	<input type="checkbox"/> HomeCare Nordstern,
<input type="checkbox"/> Dr. Gurtner AG, Bern-Bümpliz	<input type="checkbox"/> Volksapotheke zum Zitronenbaum
<input type="checkbox"/> Farmadomo Home Care Ticino e Moesano	<input type="checkbox"/> HomeCare Ti-CURO, Bellinzona
<input type="checkbox"/> FresuCare AG, Kriens	<input type="checkbox"/> Pharmadom Sàrl, Moudon
<input type="checkbox"/> Grosse Apotheke und Laboratorium	<input type="checkbox"/> Proximos, Carouge
<input type="checkbox"/> Dr. G. Bichsel, Interlaken	<input type="checkbox"/> Sitex SA, Plan-les-Ouates
Andere <input type="text"/>	

Ja Ich bin damit einverstanden, dass der oben gewählte Home Care Service eine Kopie dieses Formulars erhält. Der **Home Care Service** hat somit **Einsicht in meine medizinischen Daten**.

Datum, Unterschrift: _____



10. Ernährungsberatung / Bemerkungen / Ergänzungen / Therapieziele

Das vollständig ausgefüllte, sowohl vom Arzt als auch vom Patienten unterzeichnete Formular, ist einzusenden an: **SVK, Abteilung VBL (NUT), Muttenstrasse 3, Postfach, 4502 Solothurn, nut@svk.org**