

# Verordnung künstliche Ernährung zu Hause

Trinknahrung, Sondennahrung, Parenterale Ernährung

Behandlungsbeginn Datum

Erste Verordnung

Verlängerungsgesuch

## 1 Patient

Vorname

Name

Geburtsdatum

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

Telefonnummer

E-Mail

Krankenversicherer

Kundennummer

- Ja.** Ich bin damit einverstanden, dass dem unter Ziffer 7 aufgeführten Home Care Service sowie der Ernährungsberatung, wenn unter Ziffer 8 namentlich vermerkt, die Verordnung resp. Eine Kopie zugestellt wird und dass diese meine Versorgung gemäss Richtlinien GESKES (Gesellschaft für klinische Ernährung der Schweiz) übernehmen. Alle im schweizerischen Gesundheitswesen tätigen Fachpersonen unterstehen der Schweigepflicht. Meine Daten werden vertraulich und datenschutzkonform behandelt.
- Nein.** Ich bin nicht damit einverstanden, dass die Verordnung oder eine Kopie 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.
- Ich bin einverstanden, dass die Angaben in anonymisierter Form vom Home Care Service ausgewertet und für statistische Zwecke durch GESKES verwendet werden.**

## 2 Ärzte

### 2.1 Verordnender Arzt (Hauptverantwortung für Patient)

Vorname

Name

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

ZSR-Nr..

Telefonnummer

### 2.2 Hausarzt bzw. nachbehandelnder Arzt

Vorname

Name

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

ZSR-Nr.

Telefonnummer

## 3 Medizinische Indikatoren für künstliche Ernährung (Code ankreuzen)

Haupt-Diagnose (nur ICD-Code angeben)

### Anatomisch bedingt

Chronischer Darmverschluss (chronischer Ileus)

„High output“-Fisteln

Inoperable Stenosen von Speiseröhre u. Magen

Gastrointestinale u. Enterokutane Fisteln

Kurzdarmsyndrom

Missbildungen

### Neurologisch bedingt

Cerebralparese

Cerebrovaskulärer Infarkt

Degenerative ZNS-Erkrankungen

Störungen des Kau- und Schluckapparats

### Weitere Indikationen

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> · Leber, Herz, Lunge  | <input type="checkbox"/> · Pankreas          |
| <input type="checkbox"/> · Bösartiger Tumor  | <input type="checkbox"/> · Endokarditis      |
| <input type="checkbox"/> · Rheumatische Arthritis  | <input type="checkbox"/> · Tbc               |
| <input type="checkbox"/> · HIV/AIDS  | <input type="checkbox"/> · Cystische Fibrose |
| <input type="checkbox"/> · Intestinale Motilitätsstörungen   | <input type="checkbox"/> · Anorexia mentalis |
| <input type="checkbox"/> · Strahlenenteritis   |  |
| <input type="checkbox"/> · Schwere Malabsorptions- und Diarrhoe-Erkrankungen                               |  |
| <input type="checkbox"/> · Chronisch-entzündliche Magen-Darm-Erkrankungen (Morbus Chron, Colitis ulcerosa) |  |
| <input type="checkbox"/> · Angeborene Stoffwechselstörungen  |  |

## 4 Anamnestische Angaben/Ausmass der Mangelernährung

Datum Diagnosestellung	Körpergrösse in cm	Aktuelles Körpergewicht in kg
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Normalgewicht vor der Erkrankung in kg	Unbeabsichtiger Gewichtsverlust innerhalb des letzten Monats in kg	Unbeabsichtiger Gewichtsverlust innerhalb der letzten 6 Monate in kg
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 5 Vorgesehene Behandlung im Rahmen der künstlichen Ernährung zu Hause

<input type="checkbox"/> · oral	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> · enteral	<input type="checkbox"/> · Nasale Ernährungssonde	<input type="checkbox"/> · PEG-Sonde
	<input type="checkbox"/> · Button/Balloonsonde	<input type="checkbox"/> · FKJ-Sonde
	<input type="checkbox"/> · EPJ-Sonde	
<input type="checkbox"/> · Parenteral	<input type="checkbox"/> · Zentralvenöser Katheter	<input type="checkbox"/> · Peripherer Katheter

## 6 Therapeutische Angaben zur Art der Ernährung

Produktenamen	Hersteller	Appikation
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> · Schwerkraft <input type="checkbox"/> · Ernährungspumpe
Produktenamen	Hersteller	Appikation
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> · Schwerkraft <input type="checkbox"/> · Ernährungspumpe

## 7 Home Care Services

<input type="checkbox"/> · HomeCare Bern-Basel		
<input type="checkbox"/> · HomeCare Basel. Bächliackerstr. 4. 4402 Frenkendorf	<a href="mailto:homecarebasel@ovan.ch">homecarebasel@ovan.ch</a>	
<input type="checkbox"/> · HomeCare Bern. Moräenstr. 134. 3018 Bern	<a href="mailto:homecarebern@ovan.ch">homecarebern@ovan.ch</a>	

## 8 Ernährungsberatung

Bemerkungen/Ergänzungen/Therapieziele

Ort

Datum

Unterschrift Patient

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin