

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 (Produktwahl) 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). 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		Vorname	
Geburtsdatum		☐ weiblich ☐ männlich	Sprache
Adresse			
PLZ, Ort			
Krankenversicherer		Versnr.	

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

☐ 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.

☐ 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. Verordnender Arzt (Hauptverantwortung für Patient)

Name		Vorname	
Adresse		ZSR-Nr.	
PLZ, Ort			
Telefon		E-Mail	

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 bzw. Anerkennung ist noch ausstehend?	☐ Ja	☐ Nein	
Steht die Ernährungstherapie im Zusammenhang mit dem gemeldeten Gebrechen?	☐ Ja	☐ Nein	

5. Medizinische Indikationen für künstliche Ernährung (Code ankreuzen)

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

Anatomisch bedingt

Chronischer Darmverschluss (chronischer Ileus)	☐
„High output“ Fisteln	☐
Inoperable Stenosen von Speiseröhre und Magen	☐
Gastrointestinale und enterokutane Fisteln	☐
Kurzdarmsyndrom	☐
Missbildungen	☐

Neurologisch bedingt

Cerebralparese	☐
Cerebro-vaskulärer Insult	☐
Degenerative ZNS-Erkrankungen	☐
Störungen des Kau- und Schluckapparats	☐

Organ bedingt

Leber, Herz, Lunge, Niere	☐
Pankreas	☐
Bösartiger Tumor	☐

Chronische Infekte

Chronische Polyarthrit	☐
Endokarditis	☐
HIV / AIDS	☐
Tbc	☐

Spezielle Indikationen

Schwere Malabsorptions- und Diarrhoe-Erkrankungen	☐
Intestinale Motilitätsstörungen	☐
Cystische Fibrose	☐
Strahlenenteritis	☐
Anorexia mentalis	☐
Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)	☐
Angeborene Stoffwechselstörungen	☐

6. Anamnestische Angaben / Ausmass der Mangelernährung

Zeitpunkt Diagnose (Datum)		☐ Zufriedenstellender Ernährungszustand
Körpergrösse in cm		☐ Risiko Mangelernährung
Aktuelles Gewicht in kg		☐ Schlechter Ernährungszustand
Normalgewicht vor der Erkrankung in kg		Anmerkungen:
Unbeabsichtigter Gewichtsverlust innerhalb des letzten Monats in kg		
Unbeabsichtigter Gewichtsverlust innerhalb der letzten 6 Monate in kg		

Name

7. Vorgesehene Behandlung im Rahmen der künstlichen Ernährung zu Hause

(Bitte ankreuzen)

☐ oral	☐ enteral	☐ parenteral
	☐ Nasale Ernährungssonde	☐ Zentralvenöser Katheter
	☐ PEG-Sonde	☐ Periphervenöser Katheter
	☐ Button/Ballonsonde	
	☐ FKJ-Sonde	
	☐ 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)
☐ Nährstoffdefinierte Standardprodukte	☐ Schwerkraft
☐ Proteinreiche Produkte	☐ Ernährungspumpe
☐ Krankheitsadaptierte Standardprodukte	☐ anderes

b)

Bedarfsdeckung durch künstliche Ernährung
☐ Vollständig (> 6.3 MJ/1500 kcal)
☐ Teilweise (3.3 – 6.3 MJ/800 – 1500 kcal)
☐ Ergänzend (< 3.3 MJ/800 kcal)

c)

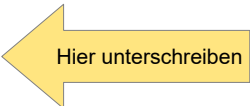
Selbständigkeit
☐ Patient ist selbständig
☐ Patient wird durch Angehörige unterstützt/braucht Spitex nur in Anfangsphase
☐ Braucht längerfristige Unterstützung durch Spitex/Pflege

9. Home Care Service

☐ HomeCare Bern-Basel	
☐ HomeCare Basel , Bächliackerstr. 4, 4402 Frenkendorf	homecarebasel@hin.ch
☐ HomeCare Bern , Freiburgstr. 572, 3172 Niederwangen	homecarebern@hin.ch

☐ 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: _____


 Hier unterschreiben

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**