

Kostengutsprache gesuch für eine präoperative immunsupplementierende Zusatzernährung über 5 – 7 Tage zu Hause

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 präoperativen immunsupplementierenden Zusatzernährung (oral) werden nur aus der Grundversicherung übernommen, wenn die Indikationsstellung gemäss den „GESKES Richtlinien“ (Anhang 1 KLV) gestellt ist. 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		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 bzw. der zentralen Sekretariatsstelle, wenn unter Ziff. 9 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. Medizinische Indikationen für präoperative immunsupplementierende Zusatzernährung 5 – 7 Tage (Indikation ankreuzen)

→ Die Supplementierung ist nur indiziert, wenn sich der/die Patient/in einer Resektionsoperation unterziehen muss

Haupt-Diagnose (ICD-Code):		← Nur ICD-Code angeben
Maligne Erkrankung (mit und ohne Mangelernährung)		
Resektion eines Ösophaguskarzinoms		☐
Resektion eines Magenkarzinoms mit einer totalen Gastrektomie oder einer 2/3 Magenresektion		☐
Pankreasresektion nach Whipple- oder Teilpankreasresektion		☐
Resektion bei Zungen-, Pharynx- und Larynxkarzinom inkl. einer Neck Dissection		☐
Hemihepatektomie		☐
Transplantation (mit und ohne Mangelernährung)		
Lebertransplantation		☐
Lungentransplantation		☐
Herztransplantation		☐
Maligne Erkrankung des Dickdarms <u>mit Mangelernährung</u>		
Teil- oder totale Kolektomie		☐
Teil- oder totale Rektumresektion		☐

5. Chirurgischer Eingriff

Zeitpunkt der geplanten Operation (Datum):	
--	----------------------

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. 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**".

Art der Ernährung	Produktenamen	Bezeichnung Hersteller
☐ Immunsupplementierende Zusatzernährung, max. 5 bis 7 Tage		

8. Homecare 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

9. Adresse Sekretariat / Bereich zur Kenntnisnahme der Kostengutsprache

10. 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**