

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

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

4 Anamnestische Angaben/Ausmass der Mangelernährung

Datum Diagnosestellung	Körpergrösse in cm	Aktuelles Körpergewicht in kg
Normalgewicht vor der Erkrankung in kg	Unbeabsichtigter Gewichtsverlust innerhalb des letzten Monats in kg	Unbeabsichtigter Gewichtsverlust innerhalb der letzten 6 Monate in kg

5 Vorgesehene Behandlung im Rahmen der künstlichen Ernährung zu Hause

☐ · oral		
☐ · enteral	☐ · Nasale Ernährungssonde ☐ · Button/Ballonsonde ☐ · EPJ-Sonde	☐ · PEG-Sonde ☐ · FKJ-Sonde
☐ · Parenteral	☐ · Zentralvenöser Katheter	☐ · Peripherer Katheter

6 Therapeutische Angaben zur Art der Ernährung

Produktenamen	Hersteller	Appikation
		☐ · Schwerkraft ☐ · Ernährungspumpe
Produktenamen	Hersteller	Appikation
		☐ · Schwerkraft ☐ · Ernährungspumpe

7 Home Care Services

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

8 Ernährungsberatung

Bemerkungen/Ergänzungen/Therapieziele

Ort

Datum

Unterschrift Patient

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin