

Verordnung künstliche Ernährung zu Hause

Trinknahrung, Sondennahrung, Parenterale Ernährung

1 Patient

Vorname	Name	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Hausnummer	PLZ/Ort	Telefonnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	Krankenversicherer	Kundennummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- 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 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 Verordneter Arzt (Hauptverantwortung für Patient)

Vorname	Name	Strasse, Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Ort	ZSR.-Nr.	Telefonnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.2 Hausarzt bzw. nachbehandelnder Arzt

Vorname	Name	Strasse, Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Ort	ZSR.-Nr.	Telefonnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3 Medizinische Indikatoren für künstliche Ernährung (Code ankreuzen)

Haupt-Diagnose (nur ICD-Code angeben)

Anatomisch bedingt

<input type="checkbox"/> 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

Neurologisch bedingt

<input type="checkbox"/> Cerebralparese	<input type="checkbox"/> Cerebro-vaskulärer Insult
<input type="checkbox"/> Degenerative ZNS-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Störungen des Kau- und Schluckapparates

Weitere Indikationen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Leber, Herz, Lunge, Niere | <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"/> Chronische entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa) | |
| <input type="checkbox"/> Angeborene Stoffwechselstörungen | |

4 Anamnestische Angaben/Ausmass der Mangelernährung

Datum Diagnosestellung <input type="text"/>	Körpergrösse in cm <input type="text"/>	Aktuelles Gewicht in kg <input type="text"/>
Normalgewicht vor der Erkrankung in kg <input type="text"/>	Unbeabsichtigter Gewichtsverlust innerhalb des letzten Monats in kg <input type="text"/>	Unbeabsichtigter Gewichtsverlust innerhalb der letzten 6 Monate in kg <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/Ballonsonde	<input type="checkbox"/> FKJ-Sonde
	<input type="checkbox"/> EPJ-Sonde	
<input type="checkbox"/> Parenteral	<input type="checkbox"/> Zentralvenöser Katheter	<input type="checkbox"/> Periphervenöser Katheter

6 Therapeutische Angaben zur Art der Ernährung

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

7 Home Care Service

HomeCare Bern, Dr. Gurtner AG
"GESKES zertifizierter Home Care Service"

8 Ernährungsberatung

Bemerkungen/Ergänzungen/Therapieziele

Ort	Datum	Unterschrift Patient
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum	Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Das ausgefüllte, sowohl vom Arzt als auch vom Patienten unterzeichnete Formular, ist einzusenden an HomeCare Bern, Dr. Gurtner AG, Bernstrasse 72, 3018 Bern, Fax 031 990 55 24, Email homecare@drgurtner.ch