

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). Die Versorgung erfolgt durch einen 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 (Tag, Monat, Jahr)		Geschlecht (f/m)	Sprache (d/f/i)
Adresse			
PLZ, Ort			
Krankenversicherer			
Versicherungsnummer			
Bitte zutreffendes ankreuzen:			
<input type="radio"/>	Ja	Ich bin damit einverstanden, dass dem unter Ziff. 8 aufgeführten Home Care Service sowie der Ernährungsberatung, 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.	
<input type="radio"/>	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		_____	

3. a) Verordnender Arzt (Hauptverantwortung für Patient)

Name, Vorname	
Adresse	
PLZ, Ort	
Telefon (inkl. Fernkennzahl)	Fax
Datum, Unterschrift

Patientenname:

3. b) Hausarzt bzw. nachbehandelnder Arzt

Name, Vorname

Adresse

PLZ, Ort

Telefon (inkl. Fernkennzahl)

4. Medizinische Indikationen für künstliche Ernährung (Code ankreuzen)

Haupt-Diagnose: (ICD-Code):

← Nur ICD-Code angeben

Anatomisch bedingt

Chronischer Darmverschluss (chronischer Ileus)

„High out-put“ 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 Schluckapparates

Organ bedingt

Leber, Herz, Lunge, Niere

Pankreas

Bösartiger Tumor

Chronische Infekte

Chronische Polyarthrit

Endokarditis

HIV / AIDS

Tbc

Spezielle Indikationen

Schwere Malabsorptions- und Diarrhöe-Erkrankungen

Intestinale Motilitätsstörungen

Cystische Fibrose

Strahlenenteritis

Anorexia mentalis

Chronische entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)

Angeborene Stoffwechselstörungen

5. Anamnestische Angaben / Ausmass der Mangelernährung

Zeitpunkt Diagnose (Datum)

zufriedenstellender Ernährungszustand

Körpergrösse

cm

Risiko für Mangelernährung

Aktuelles Gewicht

kg

schlechter Ernährungszustand

Normalgewicht vor der Erkrankung

kg

Unbeabsichtigter Gewichtsverlust
innerhalb des letzten Monats

kg

Unbeabsichtigter Gewichtsverlust
innerhalb der letzten 6 Monate

kg

Anmerkungen:

Patientenname:

6. 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	

7. Therapeutische Angaben

Die dem SVK angeschlossenen Krankenversicherer übernehmen nur Nährlösungen, Applikationssysteme und Verbrauchsmaterial von Herstellern / home care services, mit denen vertragliche Vereinbarungen des SVK bestehen.

a)

Art der Ernährung (oral / enteral / parenteral)	Produktenamen	Applikation (nur enteral)	Bezeichnung Hersteller
<input type="checkbox"/> nährstoffdefinierte Standardprodukte	Novasource®	<input type="checkbox"/> Schwerkraft	Nestlé
<input type="checkbox"/> proteinreiche Produkte	Isosource®	<input type="checkbox"/> Ernährungspumpe	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> krankheitsadaptierte Spezialprodukte	Peptamen®	<input type="checkbox"/> anderes	
	Resource®		

b)

Bedarfsdeckung durch künstliche Ernährung
<input type="checkbox"/> vollständig (> 6.3 MJ/1500 kcal)
<input type="checkbox"/> teilweise (3.3 – 6.3 MJ/800 – 1500 kcal)
<input type="checkbox"/> ergänzend (< 3.3 MJ/800 kcal)

c)

Selbstständigkeit
<input type="checkbox"/> Patient ist selbständig
<input type="checkbox"/> wird durch Angehörige unterstützt / braucht Spitex nur in Anfangsphase
<input type="checkbox"/> braucht längerfristige Unterstützung durch Spitex / Pflege

8. Home Care Service:

9. 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, Telefax 032 626 57 57