santéservices

# 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 (Produktewahl) 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). 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 von santéservices ag | Spezialleistungen 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. a) 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. Annerkennung ist aber noch ausstehend? ☐ Ja ☐ Nein

Steht die Ernährungstherapie in Zusammenhang mit dem gemeldeten Geburtsgebrechen? ☐ 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 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 Polyarthritis | ☐ |
| 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 | ☐ |

## 6. Anamnestische Angaben / Ausmass der Mangelernährung

Zeitpunkt Diagnose (Datum)

Körpergrösse in cm

Aktuelles Gewicht 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

☐ zufriedenstellender Ernährungszustand

☐ Risiko für Mangelernährung

☐ schlechter Ernährungszustand

**Anmerkungen:**

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 der santéservices ag | Spezialleistungen angeschlossenen Krankenversicherer übernehmen Nährlösungen, Applikationssysteme und Verbrauchsmaterial von Herstellern/Home Care Services, mit denen vertragliche Vereinbarungen der transplantation@santeservices.ch bestehen. Die Produktewahl 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)**

| **Selbstständigkeit** |
|---|
| ☐ Patient ist selbständig |
| ☐ wird durch Angehörige unterstützt/braucht Spitex nur in Anfangsphase |
| ☐ braucht längerfristige Unterstützung durch Spitex/Pflege |

## 9. Home Care Service

☐ AxelCare SA - Pharmacie Nyon Fontaines
☐ Farmadomo Home Care Ticino e Moesano
☐ FresuCare AG
☐ Grosse Apotheke und Laboratorium Dr. G. Bichsel
☐ Homecare Apotheke Burgdorf
☐ HomeCare Bern-Basel
☐ HomeCare Mittelland Plus (Central Apotheke)
☐ HomeCare Nordstern, Schaffhausen
☐ HomeCare Ti-CURO
☐ Innoval HomeCare Vollservice AG
☐ Pharmadom Sàrl
☐ Proximos
☐ Sitex SA

Andere

☐ 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: **santéservices ag | Spezialleistungen** | Muttenstrasse 3 | 4502 Solothurn | santeservices.ch | nut@santeservices.ch