

Kostengutsprachegesuch für die künstliche Ernährung zu Hause

1. Wichtige Hinweise

- 1.1. Die Erteilung der Kostengutsprache durch den SVK bildet die Voraussetzung für die Kostenübernahme der künstlichen Ernährung zu Hause durch die dem SVK angeschlossenen Krankenversicherer.
- 1.2. Die Kostengutsprache kann nur erteilt werden nach Überprüfung und Zustimmung der Indikationsstellung und der therapeutischen Angaben (Produktwahl) durch einen von der GESKES bestimmten ärztlichen Experten.
- 1.3. Die Kosten der enteralen Ernährung zu Hause werden nur dann aus der Grundversicherung übernommen, wenn eine Ernährung über eine Sonde erforderlich ist und die Versorgung durch einen zertifizierten Home Care Service erfolgt. In den übrigen Fällen (oral) erfolgt eine Kostenübernahme nur aus einer entsprechenden Zusatzversicherung.
- 1.4. Die Kostengutsprache kann nur erteilt werden, wenn die Richtlinien zur künstlichen Ernährung zu Hause der Gesellschaft für Klinische Ernährung der Schweiz (GESKES) erfüllt sind.
- 1.5. 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.
- 1.6. 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	.....
Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?..... <input type="checkbox"/> Nein
Bitte zutreffendes ankreuzen:	
Ja <input type="checkbox"/>	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.
Nein <input type="checkbox"/>	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	.....
PLZ, Ort	.....
Telefon (inkl. Fernkennzahl)	.....Fax.....
Datum, Unterschrift	..... Hier unterschreiben

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)	<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	<input type="checkbox"/>

Neurologisch bedingt

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

Organ bedingt

Leber, Herz, Lunge, Niere	<input type="checkbox"/>
Pankreas	<input type="checkbox"/>
Bösartiger Tumor	<input type="checkbox"/>

Chronische Infekte

Chronische Polyarthritis	<input type="checkbox"/>
Endokarditis	<input type="checkbox"/>
HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>
Tbc	<input type="checkbox"/>

Spezielle Indikationen

Schwere Malabsorptions- und Diarrhöe-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Intestinale Motilitätsstörungen	<input type="checkbox"/>
Cystische Fibrose	<input type="checkbox"/>
Strahlenenteritis	<input type="checkbox"/>
Anorexia mentalis	<input type="checkbox"/>
Chronische entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)	<input type="checkbox"/>
Angeborene Stoffwechselstörungen	<input type="checkbox"/>

5. Anamnestische Angaben / Ausmass der Mangelernährung

Zeitpunkt Diagnose (Datum).....	<input type="checkbox"/> zufriedenstellender Ernährungszustand
Körpergrösse .....cm	<input type="checkbox"/> Risiko für Mangelernährung
Aktuelles Gewicht .....kg	<input type="checkbox"/> schlechter Ernährungszustand
Normalgewicht vor der Erkrankung.....kg	Anmerkungen:
Unbeabsichtigter Gewichtsverlust innerhalb des letzten Monats .....kg	
Unbeabsichtigter Gewichtsverlust innerhalb der letzten 6 Monate .....kg	

Patientenname:

6. Vorgesehene Behandlung im Rahmen der künstlichen Ernährung zu Hause

(Bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> oral	<input type="checkbox"/> enteral	<input type="checkbox"/> parenteral
	<input type="checkbox"/> nasale Ernährungssonde	<input type="checkbox"/> zentralvenöser Katheter
	<input type="checkbox"/> PEG-Sonde	<input type="checkbox"/> periphervenöser Katheter
	<input type="checkbox"/> Button / Ballonsonde	
	<input type="checkbox"/> FKJ-Sonde	
	<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> Schwerkraft	
<input type="checkbox"/> proteinreiche Produkte		<input type="checkbox"/> Ernährungspumpe	
<input type="checkbox"/> krankheitsadaptierte Spezialprodukte		<input type="checkbox"/> anderes	

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