



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). 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 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		☐ 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 ☐ Ja ☐ Nein
bzw. Annerkennung ist aber noch ausstehend?

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 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	☐

6. Anamnestische Angaben / Ausmass der Mangelernährung

Zeitpunkt Diagnose (Datum)		☐ zufriedenstellender Ernährungszustand
Körpergrösse in cm		☐ Risiko für Mangelernährung
Aktuelles Gewicht in kg		☐ schlechter Ernährungszustand
Normalgewicht vor der Erkrankung in kg		Anmerkungen:
Unbeabsichtigter Gewichtsverlust innerhalb des letzten Monats in kg		
Unbeabsichtigter Gewichtsverlust innerhalb der letzten 6 Monate in kg		

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 dem SVK angeschlossenen Krankenversicherer übernehmen Nährlösungen, Applikationssysteme und Verbrauchsmaterial von Herstellern/Home Care Services, mit denen vertragliche Vereinbarungen des SVK bestehen. Die Produktwahl 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

☐ Homecare Amavita Birsfelden, Birsfelden	☐ Homecare Apotheke Burgdorf, Burgdorf
☐ Homecare Amavita Liestal, Liestal	☐ HomeCare Mittelland Plus, Olten
☐ AxelCare SA, Bevaix	☐ HomeCare Nordstern,
☐ Dr. Gurtner AG, Bern-Bümpliz	☐ Volksapotheke zum Zitronenbaum
☐ Farmadomo Home Care Ticino e Moesano	☐ HomeCare Ti-CURO, Bellinzona
☐ FresuCare AG, Kriens	☐ Pharmadom Sàrl, Moudon
☐ Grosse Apotheke und Laboratorium	☐ Proximos, Carouge
☐ Dr. G. Bichsel, Interlaken	☐ Sitex SA, Plan-les-Ouates
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: _____



10. 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, nut@svk.org**