

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, Wohnort, Wohnkanton _____

Krankenversicherer _____

Versicherungsnr. _____

Zusatzversicherung _____

Wenn ja, welche? _____ Nein

Bitte zutreffendes ankreuzen:

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.

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 _____

FMH-Titel _____

Geschlecht (f/m) _____ Sprache (d/f/i) _____

Adresse _____

PLZ, Ort, Kanton _____

Telefon (inkl. Fernkennzahl) _____

Fax _____

Konkordats – Nr. _____

Datum, Unterschrift _____

HIER UNTERSCHREIBEN

3. b) Behandelnder Arzt (für Langzeitbehandlung der Ernährung zuständig)

Name, Vorname	_____
FMH-Titel	_____ Geschlecht (f/m) _____ Sprache (d/f/i) _____
Adresse	_____
PLZ, Ort, Kanton	_____
Telefon (inkl. Fernkennzahl)	_____ Konkordats – Nr. _____

4. Medizinische Indikationen für künstliche Ernährung (Code ankreuzen)

Haupt-Diagnosen: (ICD-Code): _____ ← Nur ICD-Code angeben		
	Parenteral / Enteral	Oral
Anatomisch bedingt		
Chronischer Darmverschluss (chronischer Ileus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„High out-put“ Fisteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inoperable Stenosen von Speiseröhre und Magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastrointestinale und enterokutane Fisteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzdarmsyndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Missbildungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologisch bedingt		
Cerebralparese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cerebro-vaskulärer Insult	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
degenerative ZNS-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Störungen des Kau- und Schluckapparates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organ bedingt		
Leber, Herz, Lunge, Niere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pankreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bösartiger Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Infekte		
Chronische Polyarthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tbc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezielle Indikationen		
Schwere Malabsorptions- und Diarrhöe-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intestinale Motilitätsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cystische Fibrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strahlenenteritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anorexia mentalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborene Stoffwechselstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Präoperativ (kann erst nach positivem Entscheid des Versicherer-teams SVK angewendet werden.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Das vollständig ausgefüllte, sowohl vom Arzt als auch vom Patienten unterzeichnete Formular, ist einzu-senden an:

SVK, Abteilung VBL (NUT), Muttenstrasse 3, Postfach, 4502 Solothurn
 Telefon 032 / 626 57 47, Telefax 032 / 626 57 30, www.svk.org info@svk.org

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	

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 / Button	<input type="checkbox"/> periphervenöser Katheter
	<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)	Bezeichnung Hersteller	Applikation (nur enteral)	Produktenamen
<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

