

---

## Kostengutsprachegesuch für die künstliche Ernährung zu Hause Per Fax an Groupe Mutuel weiterzuleiten an Fax 058 758 54 56

---

### 1. Wichtige Hinweise

- 1.1. Die Kosten der sondenfreen, enteralen Ernährung (Trinknahrung) werden nur nach Überprüfung und Bestätigung der therapeutischen Indikationen durch den Vertrauensarzt aus der Grundversicherung übernommen.
- 1.2. Die Kosten der enteralen Ernährung zu Hause werden aus der Grundversicherung übernommen, wenn eine Ernährung über eine Sonde erforderlich ist. Die Kosten der sondenfreen, 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 GESKES ausgewertet und für statistische Zwecke 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, Kanton	_____	
Krankenversicherer	_____	
Versichertennummer	_____	
Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> wenn ja welche? _____	<input type="checkbox"/> nein
Ihr behandelnder Arzt, Ihr Home Care Apotheker und Ihr Versicherer haben Einsicht in dieses Formular.		
Datum, Unterschrift	_____	

### 3. Verordnender Arzt (Hauptverantwortung für Patient)

Name, Vorname	_____	
Titre FMH	_____	Geschlecht (f/m) _____ Sprache (d/f/i) _____
Adresse	_____	
PLZ, Ort, Kanton	_____	
Telefon (inkl. Fernkennzahl)	_____	Fax _____
Konkordatsnummer	_____	
Datum, Unterschrift	_____	

Patientenname:
----------------

#### 4. Medizinische Indikationen für künstliche Ernährung (Code ankreuzen)

Haupt-Diagnose: (ICD-Code): ..... ← Nur ICD-Code angeben		
	Parenteral/ enteral	Oral
<b>Anatomisch bedingt</b>		
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"/>
<b>Neurologisch bedingt</b>		
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"/>
<b>Organ bedingt</b>		
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"/>
<b>Chronische Infekte</b>		
Chronische Polyarthrit	<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"/>
<b>Spezielle Indikationen</b>		
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"/>
Prä-OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3

#### 5. Vorgesehene Behandlung im Rahmen der künstlichen Ernährung zu Hause

<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"/> EPJ-Sonde	
	<input type="checkbox"/> FKJ-Sonde	

Patientenname: \_\_\_\_\_

## 6. Therapeutische Angaben

a)

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

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

## 7. Home Care Service:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 8. Beobachtungen / Ergänzung / Ziel der Therapie

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_