



## Verordnung künstliche Ernährung zu Hause

### Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

Gemäss Gesetz (Kapitel 2.1 Anhang 1 KLV) braucht es für die Leistungsübernahme durch die obligatorische Krankenversicherung eine ärztliche Verordnung, aber keine Kostengutsprache durch den Krankenversicherer. Die Verordnung kann theoretisch auch auf einem ärztlichen «Rezeptblock» ausgestellt sein. In der Praxis hat sich gezeigt, dass insbesondere die Fachpersonen in der Ernährungsberatung oder bei einem Homecare Service auf zusätzliche Angaben wie z.B. Diagnose oder Gewichtsentwicklung angewiesen sind, um ambulant eine wirkungsvolle künstliche Ernährungstherapie umzusetzen. Das ist der Grund, weshalb die Gesellschaft für klinische Ernährung der Schweiz (GESKES) dieses Formular entwickelt hat. Es handelt sich hierbei nur um eine Empfehlung, dieses Formular zu verwenden, nicht aber um eine Vorgabe der Krankenversicherer. Die Patientin | Der Patient entscheidet selbst, ob ihre | seine Angaben durch die Ärztin | den Arzt in dieser Form weitergeleitet werden dürfen oder nicht, siehe Abschnitt 1 dieses Formulars. Die Verordnung muss dem Krankenversicherer primär nicht zugestellt werden. Wenn in Abschnitt 1 JA angekreuzt ist, kann die Verordnende Ärztin | der verordnende Arzt die Verordnung direkt dem gewünschten Homecare Service zustellen. Der Homecare Service oder die Ernährungsberatung muss diese Verordnung ordnungsgemäss aufbewahren und auf Rückfrage des Krankenversicherers ausweisen.

Die Krankenversicherer\* Helsana | Sanitas | KPT akzeptieren die Rechnungsstellung eines Homecare Services oder einer Ernährungsberatung über das System Tiers Payant und delegieren die ordnungsgemässe Aufbewahrung der Verordnung oder des Rezepts. Auf Rückfrage muss der Homecare Service oder die Ernährungsberatung die Verordnung | das Rezept an den Krankenversicherer nachreichen.

### Patientenangaben

|                    |              |
|--------------------|--------------|
| Name   Vorname     | Geburtsdatum |
| Strasse   Nummer   | PLZ   Ort    |
| E-Mail             | Telefon      |
| Krankenversicherer | Vers.-Nummer |

### Abschnitt 1

- JA. Ich bin damit einverstanden, dass dem aufgeführten Homecare Service oder der Ernährungsberatung, wenn namentlich vermerkt, die Verordnung respektive eine Kopie zugestellt wird und dass diese meine Versorgung gemäss Richtlinien der GESKES übernehmen. Der Homecare Service | Die Ernährungsberatung ist verpflichtet, die medizinischen Angaben vertraulich und nur im Rahmen meiner Versorgung zu verwenden und darf keine medizinischen Daten weitergeben.
- Wenn ja, bin ich zusätzlich einverstanden, dass die Angaben in anonymisierter Form vom Homecare Service oder der Ernährungsberatung ausgewertet und für statistische Zwecke durch GESKES verwendet werden.
- Obwohl ich mit der Datenweitergabe an den Homecare Service oder die Ernährungsberatung einverstanden bin, möchte ich nicht, dass meine Angaben vom Homecare Service oder der Ernährungsberatung ausgewertet und für statistische Zwecke durch GESKES verwendet werden.
- NEIN. Ich bin nicht einverstanden, dass die Verordnung oder eine Kopie weitergeleitet wird und nehme zur Kenntnis, dass ich die Rechnung des Homecare Services oder der Ernährungsberatung unter Umständen selbst bezahlen und um die Rückerstattung beim Krankenversicherer bemüht sein muss. Die von der Krankenversicherung benötigte ärztliche Verordnung - dieses Formular oder eine andere, schriftliche Verordnung (Rezept) - werde ich der Krankenversicherung zusammen mit der Rechnung einreichen.



**Verordnende Ärztin | Verordnender Arzt**

|                  |            |
|------------------|------------|
| Name   Vorname   | ZSR-Nummer |
| Strasse   Nummer | PLZ   Ort  |
| E-Mail           | Telefon    |

**Hausärztin | Hausarzt bzw. nachbehandelnde Ärztin | nachbehandelnder Arzt**

|                  |            |
|------------------|------------|
| Name   Vorname   | ZSR-Nummer |
| Strasse   Nummer | PLZ   Ort  |
| E-Mail           | Telefon    |

Abschnitt 2, durch die Ärztin | den Arzt auszufüllen (freiwillige Angaben, je nach Wunsch der Patientin | des Patienten)

**Medizinische Indikationen für künstliche Ernährung (Code ankreuzen)**

Haupt-Diagnose (ICD-Code):

|                        |  |  |
|------------------------|--|--|
| Anatomisch bedingt     | <input type="checkbox"/> Chronischer Darmverschluss (chronischer Ileus)<br><input type="checkbox"/> Inoperable Stenosen von Speiseröhre und Magen<br><input type="checkbox"/> Gastrointestinale und enterokutane Fisteln   | <input type="checkbox"/> «High out-put» Fisteln<br><input type="checkbox"/> Kurzdarmsyndrom<br><input type="checkbox"/> Missbildungen  |
| Neurologisch bedingt   | <input type="checkbox"/> Cerebralparese<br><input type="checkbox"/> Cerebro-vaskulärer Insult  | <input type="checkbox"/> Degenerative ZNS-Erkrankungen   |
| Organ bedingt          | <input type="checkbox"/> Leber, Herz, Lunge, Niere Pankreas<br><input type="checkbox"/> Pankreas   | <input type="checkbox"/> Bösartiger Tumor  |
| Chronische Infekte     | <input type="checkbox"/> Chronische Polyarthritits<br><input type="checkbox"/> Endokarditis  | <input type="checkbox"/> HIV   AIDS<br><input type="checkbox"/> TBC  |
| Spezielle Indikationen | <input type="checkbox"/> Schwere Malabsorptions- und Diarrhöe-Erkrankungen<br><input type="checkbox"/> Chronische entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)<br><input type="checkbox"/> Angeborene Stoffwechselstörungen<br><input type="checkbox"/> Intestinal Motilitätsstörungen | <input type="checkbox"/> Cystische Fibrose<br><input type="checkbox"/> Strahlenenteritis<br><input type="checkbox"/> Anorexia mentalis |

**Anamnestische Angaben | Ausmass der Mangelernährung**

|                        |  |
|------------------------|--|
| Datum Diagnosestellung | Normalgewicht vor der Erkrankung (kg)                                |
| Körpergrösse (cm)      | Unbeabsichtigter Gewichtsverlust innerhalb des letzten Monats (kg)   |
| Aktuelles Gewicht (kg) | Unbeabsichtigter Gewichtsverlust innerhalb der letzten 6 Monate (kg) |



**Vorgesehene Behandlung im Rahmen der künstlichen Ernährung zu Hause**

- |                                      |   |  |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Oral</b> | <input type="checkbox"/> <b>Enteral</b>         | <input type="checkbox"/> <b>Parenteral</b> |
|                                      | <input type="checkbox"/> nasale Ernährungssonde | <input type="checkbox"/> EPJ-Sonde         |
|                                      | <input type="checkbox"/> PEG-Sonde              | <input type="checkbox"/> Schwerkraft       |
|                                      | <input type="checkbox"/> Button-   Ballonsonde  | <input type="checkbox"/> Ernährungspumpe   |
|                                      | <input type="checkbox"/> FKJ-Sonde              |  |

**Therapeutische Angaben, Art der Ernährung**

Produktenamen

Hersteller

Abschnitt 3, Wichtige Hinweise und Unterschriftspflicht

**Homecare Service oder Ernährungsberatung**

(Bitte angeben, wer die Therapie durchführt: Zertifizierte Homecare Services siehe [www.geskes.ch](http://www.geskes.ch))

**Ergänzungen | Bemerkungen für die Ernährungsberatung | Therapieziele**

**Das vollständig ausgefüllte, sowohl von der verordnenden Ärztin | vom verordnenden Arzt als auch von der Patientin | vom Patienten unterzeichnete Formular ist direkt an den gewählten Homecare Service oder direkt an die Ernährungsberatung zu senden\* (sofern von der Patientin | vom Patienten nicht ausdrücklich anders gewünscht).**

**Der Krankenversicherer benötigt primär keine Kopie und stellt auch keine Kostengutsprache\* aus. Die Verordnung ist dem Krankenversicherer vom Homecare Service oder der Ernährungsberatung nur auf Rückfrage hin zuzustellen.**

Ort | Datum, Unterschrift Patientin | Patient

Ort | Datum, Stempel und Unterschrift Ärztin | Arzt

\*Diese Vorgehensweise gilt für die Krankenversicherer Helsana, Sanitas und KPT. Andere Krankenversicherer führen einen Kostengutspracheprozess über den SVK durch.