

Kostengutsprachegesuch für eine präoperative immunsupplementierende Zusatzernährung über 5 – 7 Tage zu Hause

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 präoperativen immunsupplementierenden Zusatzernährung (oral) werden nur aus der Grundversicherung übernommen, wenn die Indikationsstellung gemäss den „GESKES Richtlinien“ (Anhang 1 KLV) gestellt ist. 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	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Weiblich <input type="radio"/> Männlich	Sprache <input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
PLZ, Ort	<input type="text"/>		
Krankenversicherer	<input type="text"/>	Versnr.	<input type="text"/>

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Ja Ich bin damit einverstanden, dass dem unter Ziff. 8 aufgeführten Home Care Service, sowie der Ernährungsberatung bzw. der zentralen Sekretariatsstelle 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 weitergeben.

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: _____



3. Verordnender Arzt (Hauptverantwortung für Patient)

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		ZSR - Nr. <input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>	e - Mail	<input type="text"/>

Datum, Unterschrift: _____



4. Medizinische Indikationen für präoperative immunsupplementierende Zusatzernährung 5 – 7 Tage (Indikation ankreuzen)

- Die Supplementierung ist nur indiziert, wenn sich der/die Patient/in einer Resektionsoperation unterziehen muss

Haupt-Diagnose: (ICD-Code):	<input type="text"/>	← Nur ICD-Code angeben
maligne Erkrankung (mit und ohne Mangelernährung)		
Resektion eines Ösophaguskarzinoms		<input type="checkbox"/>
Resektion eines Magenkarzinoms mit einer totalen Gastrektomie oder einer 2/3 Magenresektion		<input type="checkbox"/>
Pankreasresektion nach Whipple- oder Teilpankreasresektion		<input type="checkbox"/>
Resektion bei Zungen-, Pharynx und Larynxkarzinom inkl. einer Neck Dissection		<input type="checkbox"/>
Hemihepatektomie		<input type="checkbox"/>
Transplantation (mit und ohne Mangelernährung)		
Lebertransplantation		<input type="checkbox"/>
Lungentransplantation		<input type="checkbox"/>
Herztransplantation		<input type="checkbox"/>
Maligne Erkrankung des Dickdarms mit Mangelernährung		
Teil- oder totale Kolektomie		<input type="checkbox"/>
Teil- oder totale Rektumresektion		<input type="checkbox"/>

5. Chirurgischer Eingriff

Zeitpunkt der geplanten Operation (Datum)	<input type="text"/>
---	----------------------

6. Anamnestische Angaben / Ausmass der Mangelernährung

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

7. 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**".

Art der Ernährung	Produktenamen	Bezeichnung Hersteller
immunsupplementierende <input type="checkbox"/> Zusatzernährung, max. 5 bis 7 Tage		

8. Home Care Service

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Homecare Amavita Birsfelden, Birsfelden | <input type="checkbox"/> Homecare Apotheke Burgdorf, Burgdorf |
| <input type="checkbox"/> Homecare Amavita Liestal, Liestal | <input type="checkbox"/> HomeCare Mittelland Plus, Olten |
| <input checked="" type="checkbox"/> AxelCare SA, Bevaix | <input type="checkbox"/> HomeCare Nordstern, |
| <input type="checkbox"/> Dr. Gurtner AG, Bern-Bümpliz | <input type="checkbox"/> Volksapotheke zum Zitronenbaum |
| <input type="checkbox"/> Farmadomo Home Care Ticino e Moesano | <input type="checkbox"/> HomeCare Ti-CURO, Bellinzona |
| <input type="checkbox"/> Fresenius Kabi (Schweiz) AG, Kriens | <input type="checkbox"/> Pharmadom Sàrl, Moudon |
| <input type="checkbox"/> Grosse Apotheke und Laboratorium | <input type="checkbox"/> Proximos, Carouge |
| <input type="checkbox"/> Dr. G. Bichsel, Interlaken | <input type="checkbox"/> 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: _____

Hier unterschreiben

9. Adresse Sekretariat / Bereich zur Kenntnisnahme der Kostengutsprache

10. Bemerkungen / Ergänzungen / Therapieziele

Das vollständig ausgefüllte, sowohl vom Arzt als auch vom Patienten unterzeichnete Formular, ist einzusenden an: **SVK, Abteilung NUT, Muttenstrasse 3, Postfach, 4502 Solothurn, nut@svk.org**