

## 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 und die Versorgung durch einen zertifizierten Home Care Service erfolgt.
- 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 (Tag, Monat, Jahr)	.....Geschlecht (f/m).....Sprache (d/f/i).....
Adresse	.....
PLZ, Ort	.....
Krankenversicherer	.....
Versicherungsnummer	.....
<b>Bitte zutreffendes ankreuzen:</b>	
<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	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 weitergegeben.
<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	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, Vorname	.....
Adresse	.....
PLZ, Ort	.....
Telefon (inkl. Fernkennzahl)	.....Fax.....
Datum, Unterschrift _____	

Patientenname:

#### 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):..... ← 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)

#### 6. 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	<b>Anmerkungen:</b>
Unbeabsichtigter Gewichtsverlust innerhalb des letzten Monats .....kg	.....
Unbeabsichtigter Gewichtsverlust innerhalb der letzten 6 Monate .....kg	.....
	.....
	.....

Patientenname:

## 7. Therapeutische Angaben

Die dem SVK angeschlossenen Krankenversicherer übernehmen nur Nährlösungen von Herstellern / Home Care Anbietern, mit denen vertragliche Vereinbarungen des SVK bestehen.

Art der Ernährung	Produktenamen	Bezeichnung Hersteller
<input type="checkbox"/> immunsupplementierende Zusatzernährung  max. 5 – 7 Tage	Oral Impact®	Nestlé HealthCare Nutrition

## 8. Home Care Service:

Volksapotheke zum Zitronenbaum, Home Care Nordstern  
 Frau Monika Wieser  
 Vordergasse 29 – 8200 Schaffhausen  
 Tel: 052 625 40 45 – Fax: 052 625 40 48

## 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 VBL (NUT), Muttenstrasse 3, Postfach, 4502 Solothurn**

Telefax 032 626 57 57