

# Verordnung künstliche Ernährung zu Hause Trinknahrung, Sondennahrung, Parenterale Ernährung Helsana (Progrès), Sanitas (Compact), KPT

## 1 Patient

Name, Vorname	Geburtsdatum
Strasse, Nr.	Telefon
PLZ, Ort	
E-Mail	
Krankenversicherer	Vers.-Nr.

- Ja. Ich bin damit einverstanden, dass dem unter Ziffer 7 aufgeführten Home Care Service sowie der Ernährungsberatung, wenn unter Ziffer 8 namentlich vermerkt, die Verordnung resp. eine Kopie zugestellt wird und dass diese meine Versorgung gemäss Richtlinien GESKES (Gesellschaft für klinische Ernährung der Schweiz) übernehmen. Alle im schweizerischen Gesundheitswesen tätigen Fachpersonen unterstehen der Schweigepflicht. Meine Daten werden vertraulich und datenschutzkonform behandelt.
- Nein. Ich bin nicht einverstanden, dass die Verordnung oder eine Kopie 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.
- Ich bin einverstanden, dass die Angaben in anonymisierter Form vom Home Care Service ausgewertet und für statistische Zwecke durch GESKES verwendet werden.

## 2 a) Verordnender Arzt (Hauptverantwortung für Patient)

Name, Vorname	
Strasse, Nr.	ZSR.-Nr.
PLZ, Ort	Telefon

## b) Hausarzt bzw. nachbehandelnder Arzt

Name, Vorname	
Strasse, Nr.	ZSR.-Nr.
PLZ, Ort	Telefon

## 3 Medizinische Indikationen für künstliche Ernährung (Code ankreuzen)

Haupt-Diagnose: (ICD-Code): ← Nur ICD-Code angeben

Anatomisch bedingt	<input type="checkbox"/> Chronischer Darmverschluss (chronischer Ileus) <input type="checkbox"/> «High out-put» Fisteln <input type="checkbox"/> Inoperable Stenosen von Speiseröhre und Magen <input type="checkbox"/> Gastrointestinale und enterokutane Fisteln <input type="checkbox"/> Kurzdarmsyndrom <input type="checkbox"/> Missbildungen
Neurologisch bedingt	<input type="checkbox"/> Cerebralparese <input type="checkbox"/> Cerebro-vaskulärer Insult <input type="checkbox"/> degenerative ZNS-Erkrankungen <input type="checkbox"/> Störungen des Kau- und Schluckapparates
Organ bedingt	<input type="checkbox"/> Leber, Herz, Lunge, Niere <input type="checkbox"/> Pankreas <input type="checkbox"/> Bösartiger Tumor
Chronische Infekte	<input type="checkbox"/> Chronische Polyarthritits <input type="checkbox"/> Endokarditis <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Tbc

Spezielle Indikationen  Schwere Malabsorptions- und Diarrhöe-Erkrankungen  
 Intestinale Motilitätsstörungen  
 Cystische Fibrose  
 Strahlenenteritis  
 Anorexia mentalis  
 Chronische entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)  
 Angeborene Stoffwechselstörungen

**4 Anamnestische Angaben/Ausmass der Mangelernährung**

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

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

**6 Therapeutische Angaben  
Art der Ernährung**

Produktenamen	Hersteller	Applikation
		<input type="checkbox"/> Schwerkraft
		<input type="checkbox"/> Ernährungspumpe
		<input type="checkbox"/> Schwerkraft
		<input type="checkbox"/> Ernährungspumpe

**7 Home Care Service**

Farmadomo Home Care Ticino, 6900 Lugano  
 Fresenius Kabi AG, 6370 Oberdorf  
 Grosse Apotheke und Laboratorium Dr. G. Bichsel AG, 3800 Interlaken  
 Groupe Neuchâtelois de Nutrition à Domicile, 2034 Peseux  
 Homecare Gächter, 4127 Birsfelden  
 HomeCare Mittelland Plus, 4600 Olten  
 Home Care Nordstern, 8200 Schaffhausen  
 Home Care Studer GmbH, 4410 Liestal  
 Pharmadom Sàrl, 1510 Moudon

**8 Ernährungsberatung/  
Bemerkungen/  
Ergänzungen/Therapieziele**

Ort und Datum

Unterschrift Patient

X

X

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin

X

X