

## Verordnung künstliche Ernährung zu Hause

**Bitte direkt an den Home Care Anbieter senden!**

### Patient

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

Ja. Ich bin damit einverstanden, dass dem aufgeführten Home Care Service sowie der Ernährungsberatung, wenn namentlich vermerkt, die Verordnung respektive eine Kopie zugestellt wird und dass diese meine Versorgung gemäss Richtlinien GESKES übernehmen. Der Datenschutz wird gewährt, es werden keine medizinischen Daten weitergegeben.

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 von Home Care Service ausgewertet und für statistische Zwecke durch GESKES verwendet werden.

### Verordnender Arzt (Hauptverantwortung für Patient)

Name   Vorname	
Strasse   Nummer	ZSR-Nummer
PLZ   Ort	Telefon

### Hausarzt bzw. nachbehandelnder Arzt

Name   Vorname	
Strasse   Nummer	ZSR-Nummer
PLZ   Ort	Telefon

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

Haupt-Diagnose (ICD-Code):		
Anatomisch bedingt	Chronischer Darmverschluss (chronischer Ileus) Inoperable Stenosen von Speiseröhre und Magen Gastrointestinale und enterokutane Fisteln	«High out-put» Fisteln Kurzdarmsyndrom Missbildungen

Neurologisch bedingt	Cerebralparese Cerebro-vaskulärer Insult degenerative ZNS-Erkrankungen	Störungen des Kau- und Schluckapparates
Organ bedingt	Leber, Herz, Lunge, Niere Pankreas	Bösartiger Tumor
Chronische Infekte	Chronische Polyarthritits Endokarditis	HIV   AIDS Tbc
Spezielle Indikationen	Schwere Malabsorptions- und Diarrhöe-Erkrankungen Chronische entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa) Angeborene Stoffwechselstörungen Intestinale Motilitätsstörungen	Cystische Fibrose Strahlenenteritis 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

oral	enteral nasale Ernährungssonde PEG-Sonde Button-   Ballonsonde FKJ-Sonde	EPJ-Sonde Schwerkraft Ernährungspumpe	parenteral zentralvenöser Katheter periphervenöser Katheter
------	--	---	---

## Therapeutische Angaben, Art der Ernährung

Produktenamen
Hersteller

## Home Care Service

--

## Ernährungsberatung | Bemerkungen | Ergänzungen | Therapieziele

--

**Das vollständig ausgefüllte, sowohl vom Arzt als auch vom Patienten unterzeichnete Formular ist an den gewählten Homecare Anbieter zu senden (sofern vom Patienten nicht ausdrücklich anders gewünscht).**

Ort   Datum	Unterschrift Patient	Ort   Datum	Stempel und Unterschrift Arzt   Ärztin
-------------	----------------------	-------------	--