

## Verordnung künstliche Ernährung zu Hause Trinknahrung, Sondennahrung, Parenterale Ernährung

### 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 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.

### 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	<input type="checkbox"/> Schwere Malabsorptions- und Diarrhöe-Erkrankungen <input type="checkbox"/> Intestinale Motilitätsstörungen <input type="checkbox"/> Cystische Fibrose <input type="checkbox"/> Strahlenenteritis <input type="checkbox"/> Anorexia mentalis <input type="checkbox"/> Chronische entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa) <input type="checkbox"/> Angeborene Stoffwechselstörungen

#### 4 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

#### 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

- Fresenius Kabi AG, 6371 Stans
- Grosse Apotheke und Laboratorium Dr. G. Bichsel AG, 3800 Interlaken
- Pharmacie de la Grand-Rue, 2034 Peseux
- Volksapotheke zum Zitronenbaum, 8200 Schaffhausen
- Farmadomo Home Care, 6528 Camorino
- Home Care Studer GmbH, 4410 Liestal
- Homecare Mittelland PLUS, 4600 Olten
- Pharmadom Sàrl, 1510 Moudon
- Homecare Gächter AG, 4127 Birsfelden

#### 8 Ernährungsberatung/ Bemerkungen/ Ergänzungen/Therapieziele

Ort und Datum

Unterschrift Patient

X

X

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin

X

X

Das ausgefüllte, sowohl vom Arzt als auch vom Patienten unterzeichnete Formular, ist einzusenden an den gewählten Home Care Service.