Verordnung
künstliche Ernährung zu Hause
Trinknahrung, Sondennahrung, Parenterale Ernährung

Behandlungsbeginn Datum ☐ Erste Verordnung ☐ Verlängerungsgesuch

1 Patient

Vorname	Name	Geburtsdatum
Strasse, Hausnummer	**PLZ / Ort**	**Telefonnummer**
E-Mail	**Krankenversicherer**	**Kundennummer**

☐ **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 Ärzte

2.1 Verordneter Arzt (Hauptverantwortung für Patient)

Vorname	Name	Strasse, Hausnummer
PLZ / Ort	**ZSR.-Nr.**	**Telefonnummer**

2.2 Hausarzt bzw. nachbehandelnder Arzt

Vorname	Name	Strasse, Hausnummer
PLZ / Ort	**ZSR.-Nr.**	**Telefonnummer**

3 Medizinische Indikatoren für künstliche Ernährung (Code ankreuzen)

Haupt-Diagnose (nur ICD-Code angeben)

Anatomisch bedingt

☐ Chronischer Darmverschluss (chronischer Ileus)
☐ «High out-put» Fisteln
☐ Inoperable Stenosen von Speiseröhre und Magen
☐ Gastrointestinale und enterokutane Fisteln
☐ Kurzdarmsyndrom
☐ Missbildungen

Neurologisch bedingt

☐ Cerebralparese
☐ Cerebro-vaskulärer Insult
☐ Degenerative ZNS-Erkrankungen
☐ Störungen des Kau- und Schluckapparates

Weitere Indikationen

- ☐ Leber, Herz, Lunge, Niere
- ☐ Pankreas
- ☐ Bösartiger Tumor
- ☐ Endokarditis
- ☐ Rheumatische Arthritis
- ☐ Tbc
- ☐ HIV / AIDS
- ☐ Cystische Fibrose
- ☐ Intestinale Motilitässtörungen
- ☐ Anorexia mentalis
- ☐ Strahlenenteritis
- ☐ Schwere Malabsorptions- und Diarrhoe-Erkrankungen
- ☐ Chronische entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)
- ☐ Angeborene Stoffwechselstörungen

4 Anamnestische Angaben / Ausmass der Mangelernährung

Datum Diagnosestellung

Körpergrösse in cm

Aktuelles Gewicht in kg

Normalgewicht vor der Erkrankung in kg

Unbeabsichtigter Gewichtsverlust innerhalb des letzten Monats in kg

Unbeabsichtigter Gewichtsverlust innerhalb der letzten 6 Monate in kg

5 Vorgesehene Behandlung im Rahmen der künstlichen Ernährung zu Hause

☐ **Oral**

☐ **Enteral**

- ☐ Nasale Ernährungssonde
- ☐ PEG-Sonde
- ☐ Button / Ballonsonde
- ☐ FKJ-Sonde
- ☐ EPJ-Sonde

☐ **Parenteral**

- ☐ Zentralvenöser Katheter
- ☐ Periphervenöser Katheter

6 Therapeutische Angaben zur Art der Ernährung

Produktenamen

Hersteller

Applikation ☐ Schwerkraft ☐ Ernährungspumpe

Produktenamen

Hersteller

Applikation ☐ Schwerkraft ☐ Ernährungspumpe

7 Home Care Service

- ☐ Farmadomo Home Care Ticino e Moesano, 6500 Bellinzona
- ☐ Grosse Apotheke und Laboratorium Dr. G. Bichsel AG, 3800 Interlaken
- ☐ Homecare Apotheke Burgdorf, 3400 Burgdorf
- ☐ HomeCare Mittelland Plus, 4600 Olten
- ☐ Home Care Nordstern, 8200 Schaffhausen
- ☐ Pharmadom Sàrl, 1510 Moudon
- ☐ Dr. Gurtner AG, HomeCare Bern, 3018 Bern
- ☐ FresuCare AG, 6010 Kriens
- ☐ AxelCare, 2022 Bevaix
- ☐ Homecare Gächter, 4127 Birsfelden
- ☐ HomeCare TI-CURO Alpersico SA, 6500 Bellinzona
- ☐ Homecare Amavita Liestal, 4410 Liestal
- ☐

8 Ernährungsberatung

Bemerkungen / Ergänzungen / Therapieziele

Ort	Datum	Unterschrift Patient

Ort	Datum	Stempel und Unterschrift Arzt / Ärztin

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