Ortho Medica
Alles Gute für Ihre Kontinenz

Ortho Medica AG
Grabenhofstrasse 1
6010 Kriens

**Tel 041 360 25 44**

www.orthomedica.ch
info@orthomedica.ch

# Gesuch um höheren Vergütungsbeitrag für anale Irrigation – MiGel 15.17.01.00.1

(Irrigationssysteme inkl. Pumpe und Verbrauchsmaterial)

Um bei einer neurogenen Darmfunktionsstörung Kontinenz zu erreichen, ist ein regelmässiges Darmmanagement erforderlich. Bei der Darmentleerungsmethode transanale Irrigation wird ein zweitägiger Rhythmus angestrebt, um den Aufwand für Anwender:Innen und Hilfspersonen gering zu halten.

In Einzelfällen aber, ist eine tägliche transanale Irrigation notwendig. Dies führt dazu, dass der in der Mittel- und Gegenständeliste(MiGeL) hinterlegte Höchstvergütungsbetrag (HVB) von CHF 3'914.48 in dieser Situation unzureichend ist.

Um eine Versorgung zu gewährleisten, die ein würdiges Mass an Lebensqualität sowie die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ermöglicht und die Erfüllung der WZW-Kriterien sicherstellt, ist der/die Patient:In in regelmässiger Kontrolle beim unterzeichnenden Leistungserbringer.

Durch die Übernahme eines höheren Vergütungsbeitrags gewährleistet der zuständige Kostenträger die Finanzierung der notwendigen Produkte für eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Versorgung.

## Patient / Patientin

| | | |
|---|---|---|
| **Name** | | |
| **Vorname** | | |
| **Geburtsdatum** | | **Geschlecht** ☐ w ☐ m ☐ d |
| **Strasse, Nr.** | | |
| **PLZ, Ort** | | |
| **Telefon** | | |
| **E-Mail** | | |

## Krankenkasse

| | |
|---|---|
| **Name** | |
| **Ort** | |
| **Sozialversicherungs-Nr.** | |

## Arzt / Ärztin

| | |
|---|---|
| **Name** | |
| **Vorname** | |
| **Praxis** | |
| **Strasse, Nr.** | |
| **PLZ, Ort** | |
| **Telefon** | |
| **E-Mail** | |

## Begründung des Mehrbedarfs an analen Irrigationssystemen

| | |
|---|---|
| ☐ Stuhlinkontinenz | |
| ☐ Akute oder chronische Verstopfung des Darms | |
| ☐ Störung der Transportfunktion des Darms | |
| ☐ Darmentleerungsstörungen | |
| ☐ andere wie: | |

## Diagnose/n im Zusammenhang des Mehrbedarfs

| |
|---|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

## Überprüfung der eingesetzten Hilfsmittel

| |
|---|
| ☐ Der Patient/die Patientin nutzt eine zweckmässige Versorgung |
| ☐ Der Patient/die Patientin wendet die Produkte gemäss Beratung an |

## Angenommener Mehrbedarf im Rahmen der analen Irrigation

| | |
|---|---|
| ☐ Der vorgesehene Höchstvergütungsbeitrag von CHF 3'914.48 ist nicht ausreichend | |
| ☐ Der angenommene Mehrbedarf für das laufende Kalenderjahr beträgt CHF: | |

Wir bitten Sie, das Gesuch entsprechend zu prüfen und die Mehrkosten für das laufende Kalenderjahr zu übernehmen.

**Stempel** _____ **Datum** _____ **Unterschrift** _____

Ortho Medica AG
Grabenhofstrasse 1 :: 6010 Kriens
T 041 360 25 44
info@orthomedica.ch :: orthomedica.ch