

Gesuch um höheren Vergütungsbetrag/ Kostengutsprache

MiGeL Kap. 15.01.03.00.1

Aufsaugende Inkontinenzprodukte: enthalten sind aufsaugende Einweg- und Mehrweg-Inkontinenzprodukte, inklusive Unterlagen und Fixierhosen

In speziellen medizinisch begründeten Fällen (z.B. bei Verhaltensstörungen im Rahmen von Demenzerkrankungen, Stuhlinkontinenz mit chronischer Diarrhoe) können auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt, höhere Vergütungsbeträge jeweils für 1 Jahr bewilligt werden, sofern eine zweckmässige und wirtschaftliche Anwendung der Produkte gewährt ist. Ausgeschlossen ist die normale infantile Inkontinenz. Aus diesem Grund ist eine Kostengutsprache erst ab dem 42. Lebensmonat möglich.

1. Einem Gesuch müssen ausschliesslich eine totale Inkontinenz und ein begründeter Mehrbedarf zugrunde liegen
2. Erst nach vorangegangener Prüfung der Leistungspflicht kann eine Kostenübernahme für das laufende Kalenderjahr erfolgen
3. Bearbeitet werden nur vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Gesuche

Patient

Name/Vorname:

Geb. Datum:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Krankenkasse

Krankenkasse:

Versicherungs- oder Sozialversicherungsnr.:

Behandelnder Arzt

Name/Vorname:

Tel.:

Institution/ Praxis:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Begründung für den Mehrbedarf aufsaugender Inkontinenzhilfsmittel

- ☐ Adipositas
- ☐ Verhaltensstörungen / neurologische Defizite
- ☐ Schwallartige Entleerung der Blase, mehrmals täglich
- ☐ Stuhlinkontinenz wie z.B. Diarrhoe, mehrmals täglich
- ☐ Sonstiges:

Diagnose/n in direktem Zusammenhang mit dem Mehrbedarf:

Überprüfung der eingesetzten Hilfsmittel

- ☐ Die Versorgung ist zweckmässig
- ☐ Die Produkte werden fachgerecht angewendet

Geschätzter Mehrbedarf im Rahmen der totalen Inkontinenz

- ☐ Der vorgesehene Höchstvergütungsbetrag ist für den Versicherten nicht ausreichend
- ☐ Geschätzter Mehrbedarf für das laufende Kalenderjahr CHF:

Wir bitten Sie um Prüfung des Gesuches und Übernahme der Mehrkosten für das laufende Jahr.

Datum:

Unterschrift:

Arztstempel: