

**Gesuch um höheren Vergütungsbetrag MiGeL Kap. 15.01.03.01.1**  
**«Aufsaugende Inkontinenzprodukte für totale Inkontinenz»**  
*Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) vom 01.04.2019*

Dem Mehrbedarf liegt eine spezielle medizinische Situation zugrunde, welche dazu führt, dass der, in der Mittel und Gegenstände Liste (MiGeL) hinterlegte Höchstvergütungsbetrag (HVB) in dieser Situation unzureichend ist. Um eine Versorgung zu bieten, welche sowohl ein würdiges Mass an Lebensqualität ermöglicht wie auch die WZW-Kriterien erfüllt ist der Patient/die Patientin in regelmässiger Kontrolle beim unterzeichnenden Leistungserbringer.

Mit dem Sprechen eines höheren Vergütungsbetrags gewährleistet die OKP eine Finanzierung der notwendigen Produkte zur wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Versorgung.

**1. Wichtige Hinweise**

- a. Es kann ausschliesslich bei einer vorliegenden totalen Inkontinenz im Zusammenhang mit einem begründbaren Mehrbedarf ein Gesuch gestellt werden. So sind mitunter andere Schweregrade wie auch eine normale infantile Inkontinenz davon ausgeschlossen.
- b. Kostenübernahme, mit Gültigkeit für das aktuelle Kalenderjahr, erfolgt nur nach einer Gutsprache des Krankenversicherers nach vorangegangener Überprüfung der Leistungspflicht.
- c. Nur vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Gesuche können bearbeitet werden.

**2. Patient**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.Dat.: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  w  m

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Krankenversicherer: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Versicherungs- oder Sozialvers.-Nr.: \_\_\_\_\_

**3. Behandelnder Arzt**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Institution: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**4. Begründung für Mehrbedarf aufsaugender Hilfsmittel für totale Inkontinenz  
MiGeL 15.01.03.01.1 – unkontrollierter dauernder Urin- und/oder Stuhlabgang**

- Adipositas** (Folge: die Nutzung von Standard-Produkten ist nicht zweckmässig oder es resultiert ein erhöhter Bedarf an Produkten.)
- Neurologische Defizite** mit Einfluss auf korrekten Umgang
- Schwallartige Entleerung** der Blase, mehrmals täglich
- Chronisch erhöhte Stuhlfrequenz** (z.B. bei chronischer Diarrhoe)  $\geq 3x/Tag$
- \_\_\_\_\_

**5. Diagnose/n** (welche im direkten Zusammenhang mit dem Mehrbedarf steht/stehen)

---

---

---

**6. Überprüfung der Produkte und deren Anwendung durch Fachperson**

Versicherte Person

- nutzt eine zweckmässige Versorgung
- wendet die Produkte gemäss Beratung an

**7. Angenommener Mehrbedarf im Rahmen einer totalen Inkontinenz**

- Der vorgesehene Höchstvergütungsbetrag von **CHF 1'579.00** ist nicht ausreichend.
- Angenommener Mehrbedarf in CHF für das laufende Kalenderjahr:  
CHF \_\_\_\_\_

Wir bitten Sie, das Gesuch entsprechend zu prüfen und die Mehrkosten für das laufende Jahr zu tragen.

Freundliche Grüsse

Datum, Stempel, Unterschrift  
Arzt