## Gesuch um höheren Vergütungsbetrag / Kostengutsprache
## MiGeL Kap. 15.01.03.01.1

Bitte adressieren Sie, sämtliche Korrespondenz direkt an den Antragsteller.

«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 Vergütungsbetrag 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. Antragsteller / Institution

Antragsteller / Institution: _____

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ, Ort: _____

### 4. Behandelnder Arzt

Name: _____ Vorname: _____

Telefon: _____ Email: _____

Institution: _____

Adresse: _____

PLZ, Ort: _____

Heruntergeladen von Gast (IP 216.73.217.12) am 09.11.2026 um 12:56 Uhr · sana.swiss

**5. 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) ≥ 3x/Tag
- ☐ _____

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

**7. Überprüfung der Produkte und deren Anwendung durch eine Fachperson**

Versicherte Person

- ☐ Nutzt eine zweckmäßige Versorgung
- ☐ Wendet die Produkte gemäss Beratung an

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

- ☐ Der vorgesehene Höchstvergütungsbetrag ist für den Versicherten 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 Unterschrift

Arztstempel:

Heruntergeladen von Gast (IP 216.73.217.12) am 09.11.2026 um 12:56 Uhr · sana.swiss