

## Gesuch um höheren Vergütungsbetrag - Kostengutsprache

---

### MiGeL 15.01.03.00.1 „Aufsaugende Hilfsmittel für totale Inkontinenz“

In speziellen medizinisch begründeten Fällen (z.B. bei Verhaltensstörungen im Rahmen von Demenzerkrankungen, Stuhlinkontinenz mit chronischer Diarrhoe) kann auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt, bei höherem Aufwand bis maximal das Doppelte des genannten Höchstbetrages jeweils für 1 Jahr vergütet werden, sofern eine zweckmässige und wirtschaftliche Anwendung der Produkte gewährt ist.

Das Gesuch kann ausschliesslich bewilligt werden, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

- Es liegt bereits ein Rezept über eine „totale Inkontinenz“ vor (andere Schweregrade sind ausgeschlossen)
- Ein Gesuch kann erst ab dem vollendeten 41. Lebensmonat ausgestellt werden.
- Nur vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Gesuche können bearbeitet werden.

### Patient:

---

Name / Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

### Krankenkasse:

---

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_ AHV-Nr.: \_\_\_\_\_

### Behandelnder Arzt:

---

Name / Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_  
Praxis / Institution: \_\_\_\_\_ Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

