

Anamnesebogen zur Versorgung mit saugenden Inkontinenzhilfen

► Bitte in Druckbuchstaben bzw. am Computer ausfüllen!

1. Allgemeine Daten

Name	_____	ggf. Einrichtung	_____
Vorname	_____	Versichertennummer	_____
Straße, Nr.	_____	Krankenkasse	_____
PLZ/Ort	_____	<input type="checkbox"/> Erstversorgung	
Geburtsdatum	_____	<input type="checkbox"/> Folgeversorgung	
Telefon	_____	<input type="checkbox"/> Produktwechsel	

2. Inkontinenzform, Schweregrad der Inkontinenz und Versorgungssituation

Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich		
Inkontinenzart	<input type="checkbox"/> nur Urin	<input type="checkbox"/> nur Stuhl	<input type="checkbox"/> Urin und Stuhl	
Inkontinenzform	<input type="checkbox"/> Stressinkontinenz	<input type="checkbox"/> Dranginkontinenz	<input type="checkbox"/> chronische oder Überlaufinkontinenz	<input type="checkbox"/> Mischform
	<input type="checkbox"/> _____			
Mobilität	<input type="checkbox"/> mobil	<input type="checkbox"/> eingeschränkt mobil	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> bettlägerig
Versorgung durch	<input type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Pflegekraft	<input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> selbstständig

Inkontinenzschweregrad bei Urininkontinenz

<input type="checkbox"/> mittelschwer	ca. 100–200 ml in 4 h	<input type="checkbox"/> Ausscheidungsmenge Tag und Nacht gleich
<input type="checkbox"/> schwer	ca. 200–300 ml in 4 h	<input type="checkbox"/> Ausscheidungsmenge tagsüber deutlich mehr
<input type="checkbox"/> schwerst	mehr als 300 ml in 4 h	<input type="checkbox"/> Ausscheidungsmenge Nachts deutlich mehr

Inkontinenzschweregrad bei Stuhlinkontinenz

<input type="checkbox"/> leicht Grad 1	unkontr. Abgang von Winden und leichten Schmierstühlen	<input type="checkbox"/> Ausscheidungsmenge Tag und Nacht gleich
<input type="checkbox"/> mittel Grad 2	unkontr. Abgang von flüssigem Stuhl	<input type="checkbox"/> Ausscheidungsmenge tagsüber deutlich mehr
<input type="checkbox"/> schwer Grad 3	unkontr. Abgang von festem Stuhl	<input type="checkbox"/> Ausscheidungsmenge Nachts deutlich mehr

3. Trinkmenge und Medikation

Trinkmenge pro Tag	<input type="checkbox"/> bis 1.0000 ml	<input type="checkbox"/> mehr als 1.000 ml	<input type="checkbox"/> über 2.000 ml	
Medikation	<input type="checkbox"/> entwässernde Medikamente	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Blutdrucksenkende Medikamente	<input type="checkbox"/> Abführmittel

4. Bedarfsermittlung

Versorgungsumfang – Wechselfrequenz

06:01 – 10:00	10:01 – 14:00	14:01 – 18:00	18:01 – 22:00	22:01 – 02:00	02:01 – 06:00
<input type="checkbox"/> kein Bedarf					
_____ Stück					

Bedarfsgerechte Produkte nach Art: _____

Bedarf pro Monat: _____ davon Tagversorgung _____
 davon Nachtversorgung _____



Beurteilung der Hautumgebung

Gesäßbereich		Inguinal	
<input type="checkbox"/> Haut unauffällig	<input type="checkbox"/> leichte Rötung	<input type="checkbox"/> Haut unauffällig	<input type="checkbox"/> leichte Rötung
<input type="checkbox"/> Juckreiz	<input type="checkbox"/> Erythem	<input type="checkbox"/> Juckreiz	<input type="checkbox"/> Erythem
<input type="checkbox"/> Wundsein	<input type="checkbox"/> Erosionen	<input type="checkbox"/> Wundsein	<input type="checkbox"/> Erosionen
<input type="checkbox"/> Pusteln	<input type="checkbox"/> Papeln	<input type="checkbox"/> Pusteln	<input type="checkbox"/> Papeln
<input type="checkbox"/> Hautnässen	<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Hautnässen	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> kein Katheter	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> subrapubischer BK	<input type="checkbox"/> Einmalkatheter

Allergien gegen _____

Körpergröße _____ Hüftumfang _____

Versorgungsintervall: 4 Wochen 8 Wochen 12 Wochen sonstiges _____

5. Informationen für den Versicherten oder einer beauftragten Person

Die gesetzlichen Krankenkasse werden durch das neue Heil- und Hilfsmittelverordnungsgesetz HHVG verpflichtet, die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Pflichten der Leistungserbringer sowie die Versorgungsqualität zu kontrollieren (§ 127 Absatz 5a SGB V).

Somit sind auch wir als Leistungserbringer verpflichtet, die gesetzlich vorgeschriebenen Beratungs- und Dokumentationspflichten zu erfüllen (§ 127 Absatz 4a SGB V). Vor der Übergabe der aufsaugenden Inkontinenzhilfsmittel haben wir Sie umfassend über die folgenden Punkte beraten:

- die in Ihrem Einzelfall medizinisch notwendigen und geeigneten Alternativen der Versorgung
- die aufzahlungsfreie Versorgung ohne Mehrkosten
- zusätzliche Sach- und Dienstleistungen, wie z. B. Ausbildung in den Gebrauch

Der Wechsel zu einem anderen Lieferanten ist möglich. Der Versorgerwechsel ist mit uns rechtzeitig abzustimmen. Persönliche Änderungen, insbesondere der Wechsel der Krankenkasse, sind uns unverzüglich mitzuteilen. Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie in die Handhabung der Hilfsmittel eingewiesen wurden und die Liefertermine mit Ihnen abgestimmt wurden.

6. Datenschutzrechtliche Informationen

Sie sind über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten im Rahmen der Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen umfassend informiert worden.

Ihnen ist insbesondere bekannt, dass

- dieser Nachweis durch uns aufbewahrt und der Krankenkasse zur Abrechnung vorgelegt wird
- die der Krankenkasse zur Verfügung gestellten Unterlagen an den MDK weitergegeben werden dürfen
- **Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich ist, damit wir unsere Aufgaben rechtzeitig erfüllen können. Ihre Daten sind zur Bedarfsermittlung der geeigneten Hilfsmittel zu erheben (z. B. durch Führen eines Miktionsprotokolls). Eine fehlende Mitwirkung von Ihrer Seite kann zum Leistungsversagen führen.**
- Sie Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen können.

Die Lieferung soll an eine abweichende Lieferanschrift erfolgen: _____

Datum, Unterschrift

