



INKONTINENZ Beratungsbogen

Vorname: _____	Name: _____
Straße: _____	
PLZ: _____	Ort: _____
E-Mail: _____	
Telefon: _____	Mobil: _____
Geburtstag: _____	
Kostenträger: _____	
Versichertennummer: _____	Von gesetzlicher Zuzahlung befreit?
Zusatzversicherung (falls vorhanden) _____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bei abweichende Rechnungsadresse:	
Vorname: _____	Name: _____
Straße: _____	
PLZ: _____	Ort: _____

Sind Ihre Adressdaten und Telefonnummern noch aktuell?

Fragen

Erstberatung Folgeberatung

Leben Sie oder der zu pflegende Angehörige

im Pflegeheim (voll-stationär) **oder** zu Hause (ambulant)

Körpergröße/Körpergewicht

Größe: _____cm Gewicht: : _____ kg wenn keine Angaben möglich Bauchumfang: _____cm

ANSPRECHPARTNER (nur auszufüllen wenn nicht mit dem/der Versicherten identisch)

Pflegestufe vorhanden?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

1 2 3

Wenn nein, wurde diese bereits beantragt?

Ja , die Begutachtung findet statt am: _____ Nein

Beziehen Sie bereits Pflegehilfsmittel??

Ja Nein



AKTUELLE INKO-VERSORGUNG

- Einlage mit Klebestreifen
- Vorlage
- Windel
- Windelhose (Pants)
- Produktname: _____

Wie oft wird täglich gewechselt:

1 2 3 mehr als 3

Ungefähre Trinkmenge:

_____ in ml

Welche Art der Inkontinenz liegt vor?

nur Urin Urin und Stuhl nur Stuhl

Flüssigkeitszufuhr eines Tages

Trinkmenge(ml): _____

Nutzen Sie zur Erfassung der Trinkmenge unser Miktionsprotokoll

Das Miktionsprotokoll finden Sie auf unserer Homepage als Download

Geht der Betroffene noch alleine zur Toilette?

Ja Nein

In welchen Situationen treten die Probleme auf?

- beim Lachen, Husten, Heben
- hin und wieder/unregelmäßig
- ständig die/der Betroffene hat keine Kontrolle

Welche Flüssigkeitsmenge wird dann jeweils abgegeben

- nur Tröpfchen/Schmierer
- teilweise Urinverlust
- komplette Blasenentleerung

Der Versicherte wünscht ausdrücklich eine über das Maß hinausgehende, höherwertige und aufzahlungspflichtige Versorgung. Der Versicherte wurde über die Höhe der wirtschaftlichen Aufzahlung informiert.

Ja Nein

Liegen irgendwelche Krankheiten/Stoffwechselerkrankungen vor? (Diabetes, Nierenerkrankung etc..)

Ja Nein

Wenn ja, welche?

BEMERKUNG/ SONSTIGES
