

(mit * gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder)

BERATUNGSBOGEN INKONTINENZ

Persönliche Daten

Lieferanschrift

Frau Herr

Vorname* Name*

Krankenkasse* Vers.-Nr.*

PflegeBox-Kunden-Nr. (wenn vorhanden) Geb.-Datum*

Straße/Nr.*

PLZ, Ort*

Telefon*

E-Mail

Gesetzlicher Betreuer (falls zutreffend)

Lieferanschrift

Frau Herr

Vorname Name

Straße/Nr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Abweichende Lieferanschrift (falls zutreffend)

Vorname Name

Straße/Nr.

PLZ, Ort

SEITE 1 VON 3



(mit * gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder)

Es liegt folgende Inkontinenzform vor*

- Harninkontinenz
- Stuhlinkontinenz
- Harn- und Stuhlinkontinenz

Fragebogen

1. Wie oft findet Stuhlgang tagsüber statt?*

- jede Stunde
- alle 2 Stunden
- alle 3 Stunden
- noch seltener

2. Wie oft findet Stuhlgang nachts statt?*

- einmal
- 2 – 3 Mal
- 3 – 4 Mal
- ständig

3. Trinkmenge über 24 Stunden*

- weniger als 0,5 Liter
- ca. 1 Liter
- ca. 1,5 Liter
- ca. 2 Liter
- mehr als 2 Liter

4. Toilettengänge*

- Ich gehe auf die Toilette.
- Ausscheidungen finden nur über Inkontinenzprodukte statt
- teils/teils

5. Wie oft müssen Sie während des Tages Urin lassen?*

- jede Stunde
- alle 2 Stunden
- alle 3 Stunden
- noch seltener

6. Wie oft müssen Sie während der Nacht Urin lassen?*

- einmal
- 2 – 3 Mal
- 3 – 4 Mal
- ständig

7. Wie groß sind jeweils die Mengen beim Einnässen/Stuhlgang?*

- wenig
- mittel (Wäsche wird feucht)
- viel (Wäsche wird nass)

8. In welchen Situationen haben Sie Probleme, den Stuhlgang/Urin zu halten?

- Gehen
- Laufen
- Heben
- Stehen
- Sitzen
- Liegen
- Treppensteigen
- andere Tätigkeit: _____

9. Wie steht es mit dem Gewicht?*

Ich wiege _____ kg bei _____ cm Körpergröße und habe den Hüftumfang von _____ cm.





(mit * gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder)

Beratung

- Ich benötige eine Beratung zur Produktauswahl, bitte nehmen Sie Kontakt zu mir auf.

Haben Sie besondere Anforderungen im Alltag?

(z.B. Arbeit, Hobbys, Reisen, Pflegebedürftigkeit, Bettlägerigkeit)

Bisher genutzte Produkte (falls zutreffend)

- Erstmalige Versorgung Folgeversorgung

Wie viele Produkte werden zur Zeit genutzt?

ca. _____ Stk./24 Std.

Hersteller: _____ Produktbezeichnung: _____

Größe: _____ cm x _____ cm mit Klebestreifen ohne Klebestreifen

Zuzahlung*

- Ich bin zuzahlungsbefreit.

Lieferrhythmus*

- Ich möchte automatisch beliefert werden.
 Ich melde mich rechtzeitig, sollte ich neue Produkte benötigen.

Gratisproben für Inkontinenzprodukte

- Bitte schicken Sie mir Gratisproben zu.

Ich verpflichte mich, der CommitMed über versorgungsrelevante Änderungen in meinen persönlichen Verhältnissen unverzüglich bei einem Wohnortwechsel und Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung zu informieren.
Ich bin informiert, dass ich die Kosten einer zusätzlichen Versorgung selbst trage.

Datum

Unterschrift des Anspruchsberechtigten, Betreuer oder Bevollmächtigten

Datum

Unterschrift des Commitmed/PflegeBox-Mitarbeiters

