



(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

Ansprechpartner / 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





Es liegt folgende Inkontinenzform vor*

- Harninkontinenz Stuhlinkontinenz Harn- und Stuhlinkontinenz

Fragebogen

1. Trinkmenge über 24 Stunden*

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

2. Toilettengänge*

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

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

- jede Stunde alle 2 Stunden alle 3 Stunden noch seltener

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

- einmal 2 – 3 Mal 3 – 4 Mal ständig

5. Wie oft findet Stuhlgang tagsüber statt?*

- jede Stunde alle 2 Stunden alle 3 Stunden noch seltener

6. Wie oft findet Stuhlgang nachts statt?*

- 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 einen Hüftumfang/die Kleidergröße von _____ (cm).





Bestehen gesundheitliche Einschränkungen im Alltag?

(z.B. Urinflasche, Operationen, Pflegebedürftigkeit, Rollstuhl, 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

Wunschprodukt: _____

Zuzahlung*

Ich bin zuzahlungsbefreit.

Lieferrhythmus*

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

Beratung

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

Gratisproben für Inkontinenzprodukte

Bitte schicken Sie mir Gratisproben zu.

Einlagen/Vorlagen Windelhose Pants

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

PFLEGEBOX

IHR PARTNER IN DER PFLEGE



WIR SIND FÜR SIE DA!
030 - 609 84 13 23



PFLEGEBOX

Erstattungsfähige Pflegehilfsmittel



BETTSCHUTZEINLAGEN

Erstattungsfähige Bettschutzeinlagen



INKONTINENZVERSORGUNG

Inkontinenzberatung und -versorgung



PFLEGESHOP

Ihr Online-Shop rund um die Pflege



LIBIFYNOTRUFSYSTEME

Pflegedienste und -heime in Ihrer Nähe



PFLEGESUCHE

Pflegedienste und -heime in Ihrer Nähe



PFLEGEINFORMATIONEN

Infos über Ihre Ansprüche und Beratung



PFLEGESCHULUNG

Schulungen und Weiterbildungskurse

Bitte hier falten

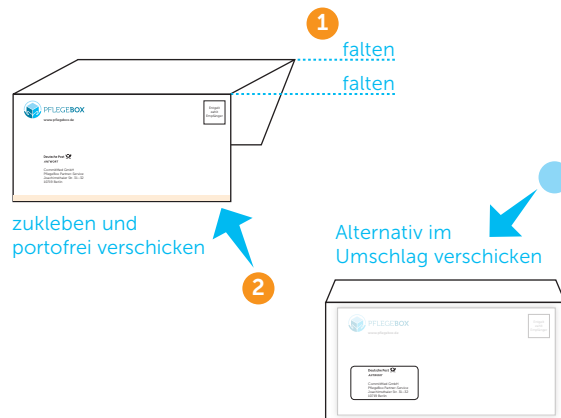
Nach dem Falten hier mit einem Klebestreifen zukleben.

Bringen Sie den Klebestreifen auf der orange schraffierten Fläche an und legen Sie ihn um die Kante, damit Ihre Daten sicher bei uns ankommen.

IHR RÜCKUMSCHLAG

SO KOMMEN IHRE DOKUMENTE
AM SCHNELLSTEN ZU UNS

- 1 Falten Sie dieses Blatt entlang der gestrichelten Linien. Möchten Sie uns mehrere Seiten senden, legen Sie diese einfach mit ein.
 - 2 Nun kleben Sie die gefalteten Blätter an der orange schraffierten Fläche mit einem Klebestreifen zu – fertig ist der Rückumschlag, den Sie nun portofrei an uns zurücksenden können.
- Alternativ können Sie den Antrag auch in einem frankierten Umschlag an uns versenden.



Bitte hier falten



PFLEGEBOX

www.pflegebox.de

Entgelt
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

CommitMed GmbH
PflegeBox Kundenservice
Joachimsthaler Str. 31–32
10719 Berlin