

Beratungsbogen Inkontinenz

		Stempelfeld	
Beratung am	<input type="radio"/> Erstberatung <input type="radio"/> Folgeberatung		
Name	Vorname		
Kundennummer	Krankenkasse		
Straße	Geburtsdatum		
Adresszusatz	PLZ, Ort		
Telefonnummer	Pflegegrad <input type="radio"/> keiner <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> beantragt		
Vorprodukt, falls gegeben		Tägliche Trinkmenge in Litern	
Bedarf: Stück/Tag	Bedarf: Stück/Nacht		
Bauch-/Hüftumfang in cm	Kleidergröße (Frau)	Unterhosengröße (Mann)	Gewicht in kg - nur bei Kindern
Inkontinenz			
<input type="radio"/> Harn		<input type="radio"/> Stuhl	
		<input type="radio"/> Harn und Stuhl	
Toilettengänge			
<input type="radio"/> selbstständig		<input type="radio"/> Hilfe notwendig	
		<input type="radio"/> sonstiges	
Harninkontinenz			
Fühlen Sie sich unwohl, wenn Sie nicht wissen, ob es in der Nähe eine Toilette gibt?		<input type="radio"/> Schweregrad 1	
Gehen kleinere Mengen Urin beim Husten, Niesen und Lachen ab?			
Ist Ihr Harnverlust tröpfchenweise oder geht der Urin als Spritzer ab?			
Ist Ihr Harnverlust eher schwallartig, verlieren Sie größere Mengen Urin?		<input type="radio"/> Schweregrad 2	
Geht der Urin im Schwall als größere Menge z.B. beim Aufstehen ab?			
Haben Sie das Gefühl der Urin geht stetig ab?			
Verlieren Sie ständig größere Mengen Urin und sind permanent nass?		<input type="radio"/> Schweregrad 2/3	
Entleert sich die Blase fast vollständig?			
Haben Sie das Gefühl eines weitgehenden Kontrollverlusts der Blase?			
Stuhlinkontinenz			
Verlieren Sie bei Blähungen leichten Schmierstuhl?		<input type="radio"/> Schweregrad 1	
Verlieren Sie unkontrolliert wenig flüssigen Stuhl oder neigen Sie zu gelegentlichem geringen Stuhlabgang?		<input type="radio"/> Schweregrad 2	
Verlieren Sie unkontrolliert den gesamten flüssigen und normalen Stuhlgang?		<input type="radio"/> Schweregrad 2/3	
Bei einer Mischinkontinenz (Harn und Stuhl) entscheidet der jeweils höhere Schweregrad.			
Besondere Anforderungen			
Liegen körperliche Einschränkungen vor?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche?		
Liegen Allergien vor?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche?		
Nehmen Sie entwässernde Medikamente ein?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche?		
Haben Sie aktuell Hautprobleme?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche?		
Hatten Sie in der Vergangenheit Hautprobleme?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche?		
Sind Sie wegen Hautproblemen in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja		
Beratung durch	Beraten wurde (Name und Beziehung, z.B. Angehöriger, Pflegedienst etc.)		
Anmerkungen			

Finden Sie auf Seite 2 ganz leicht zum passenden Produkt! →

In wenigen Schritten zur passenden Versorgung.

Name, Vorname				
Bitte übertragen Sie hier den Schweregrad von Seite 1 (Bei Mischinkontinenz den jeweils höheren Schweregrad nehmen)				
Schweregrad der Inkontinenz	<input type="radio"/> Schweregrad 1	<input type="radio"/> Schweregrad 2	<input type="radio"/> Schweregrad 2/3	
<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> ↓ ↓ ↓ </div>				
Bevorzugen Sie eine offene Versorgung (Einlagen und Vorlagen) oder eine geschlossene Versorgung?				
Offene Versorgung	<input type="radio"/> Attends Soft 2 <input type="radio"/> Attends Soft 3	<input type="radio"/> Attends Soft 4 <input type="radio"/> Attends Soft 5	<input type="radio"/> Attends Soft 6 <input type="radio"/> Attends Soft 7	
	<input type="radio"/> Attends For Men 3	<input type="radio"/> Attends For Men 4 <input type="radio"/> Attends Contours Regular 5 <input type="radio"/> Attends Contours Regular 6	<input type="radio"/> Attends Contours Regular 6 <input type="radio"/> Attends Contours Regular 7 <input type="radio"/> Attends Contours Regular 8 <input type="radio"/> Attends Contours Regular 9 <input type="radio"/> Attends Contours Regular 10	
	<input type="radio"/> Attends Men Absorbent Shield 2 <input type="radio"/> Attends Men Absorbent Shield 3	<input type="radio"/> Attends Contours Air Comfort 5 <input type="radio"/> Attends Contours Air Comfort 6	<input type="radio"/> Attends Contours Air Comfort 6 <input type="radio"/> Attends Contours Air Comfort 7 <input type="radio"/> Attends Contours Air Comfort 8 <input type="radio"/> Attends Contours Air Comfort 9 <input type="radio"/> Attends Contours Air Comfort 10	
		<input type="radio"/> Attends Lady Night Pad 6	<input type="radio"/> Attends Lady Night Pad 6	
Geschlossene Versorgung Inkontinenzwindelhosen			<input type="radio"/> Attends Slip Regular 8 <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> Attends Slip Regular 9 <input type="radio"/> XS <input type="radio"/> S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> Attends Slip Regular 10 <input type="radio"/> S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> XL <input type="radio"/> Attends Slip Classic 10 <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> XL	
			<input type="radio"/> Attends Slip Active 8 <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> Attends Slip Active 9 <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> Attends Slip Active 10 <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L	
			<input type="radio"/> Attends Adjustable 10 <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L	
			<input type="radio"/> Attends Flex 8 <input type="radio"/> S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> XL <input type="radio"/> Attends Flex 9 <input type="radio"/> S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> XL <input type="radio"/> Attends Flex 10 <input type="radio"/> S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> XL	
	<input type="radio"/> Attends Lady Discreet Underwear 3 <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> Attends Men Protective Underwear 3 <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L	<input type="radio"/> Attends Pull-Ons 4 <input type="radio"/> S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> XL	<input type="radio"/> Attends Pull-Ons 6 <input type="radio"/> XXS <input type="radio"/> XS <input type="radio"/> S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> XL <input type="radio"/> XXL <input type="radio"/> Attends Pull-Ons 8 <input type="radio"/> S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> XL <input type="radio"/> Attends Pull-Ons 10 <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> XL	
Ergänzende Produkte Fixierhosen für die offene Versorgung		<input type="radio"/> Attends Strech Pants Regular <input type="radio"/> S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> XL <input type="radio"/> XXL <input type="radio"/> Attends Strech Pants <input type="radio"/> S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> XL <input type="radio"/> XXL <input type="radio"/> XXXL <input type="radio"/> Attends Strech Pants Comfort <input type="radio"/> S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> XL <input type="radio"/> XXL <input type="radio"/> XXXL		
	Gleichen Sie hier die Größe ab, um das passende Produkt zu finden.			
Kleidergrößen	Kleidergröße (Frau)	Produktgröße	Unterhosengröße (Mann)	Produktgröße (Mann)
	<input type="radio"/> 34-36	S	<input type="radio"/> UH 4/5	S
	<input type="radio"/> 38-44	M	<input type="radio"/> UH 6/7	M
	<input type="radio"/> 46-54	L	<input type="radio"/> UH 8/9	L
	<input type="radio"/> 56	XL	<input type="radio"/> UH 10/11	XL
		ab 12	Bauchumfang messen	
Produkt/e mit Mehrkosten		Höhe der Mehrkosten		<input type="radio"/> pro Versandeinheit <input type="radio"/> pro Monat
Der Versicherte/Angehörige ist über die eigenanteilsfreie Versorgung informiert worden und hat sich für eine Versorgung mit Eigenanteil entschieden. Mit der Zahlung der Mehrkosten für das vom Versicherten/Angehörigen gewählte Produkt erklärt sich der Versicherte/Angehörige ausdrücklich einverstanden.				
Name Versicherter/Angehöriger		Datum Aufklärung Mehrkosten		Name des Mitarbeiters
Ort, Datum, Unterschrift Versicherter/Angehöriger				