



Melde- und Anamnesebogen

zur Inkontinenzversorgung

Fax: 07321 36 3661

Kundenname

Kundennummer

Versichertenname (Nachname, Vorname)

Versicherungsnummer

Krankenkasse

Fragen zur Einstellung: Anbieterwechsel kein Anbieterwechsel

Inkontinenzart: Urin Kleine Mengen Größere Mengen Kompl. Blasenentleerung
 Stuhl Stuhlfrequenz .../24 Std. Blasenkatheter

Inkontinenzverhalten: vermehrt am Tag vermehrt in der Nacht Sondennahrung

Trinkmenge in Liter pro 24 Std.:

Medikamente (Diuretika, Antidiabetika, Blutdruck)

Mobilität: Mobil eingeschränkt mobil Rollstuhl bettlägerig

Hautzustand Intimbereich/Gesäß

Verwendung von Cremes/Salben

Allergien

Relevante Grunderkrankungen

Toilettengang: selbstständig mit Hilfe Versorgung im Bett

Versorgung durch: Pflegedienst Pflegekraft Angehöriger selbstständig

Konfektionsgröße/Hüftumfang:

Produkt: Stk./24 Stunden:

..... Stk./24 Stunden:

..... Stk./24 Stunden:

Über die wirtschaftliche Aufzahlung informiert:

Bemerkungen/Besonderheiten:

Ort, Datum

Stempel / Name Mitarbeiter