

Beratungsbogen zur Inkontinenzversorgung



Persönliche Daten

Vorname*

Name*

Kunden-Nr.

Straße/Nr.*

Telefon*

Krankenkasse*

Versicherten-Nr.*

Geburtsdatum*

PLZ/Ort*

E-Mail

Lieferanschrift

Sind Sie von der gesetzlichen Zuzahlung befreit?

Ja

Nein

Ansprechpartner/gesetzlicher Betreuer

Vorname

Straße/Nr.

Telefon

Name

PLZ/Ort

E-Mail

Lieferanschrift

Abweichende Lieferanschrift

Vorname

Straße/Nr.

Name

PLZ/Ort

Pflegedienst

Name des Pflegedienstes

Straße/Nr.

Telefon

PLZ/Ort

Ansprechpartner

Sammelanschrift

Mit * gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder

Sie haben Fragen zu unserem Service? Kein Problem!

Unsere Kundenberatung ist von Montag bis Freitag von 7 bis 20 Uhr
und samstags von 8 bis 18 Uhr für Sie erreichbar:

 0621 391 56 59 28  neukunde-sp@medi-markt.de

Wir beraten
Sie gerne!



Beratungsbogen zur Inkontinenzversorgung

1 Welche Form der Inkontinenz liegt vor?

Harninkontinenz Stuhlinkontinenz Harn- und Stuhlinkontinenz

2 Wie viel trinken Sie täglich?

Weniger als 0,5 l ca. 0,5–1 l ca. 1,5–2 l mehr als 2 l

3 Wie sind Ihre Toilettengänge?

Ich gehe zur Toilette Ausscheidungen nur über Inkontinenzhilfsmittel Teils/teils

4 Wie häufig müssen Sie täglich Wasser lassen?*

Jede Stunde Alle zwei Stunden Alle drei Stunden Seltener

5 Wie häufig müssen Sie in der Nacht Wasser lassen?*

Ein Mal Zwei bis drei Mal Drei bis vier Mal Ständig

6 Wie oft haben Sie am Tag Stuhlgang?*

Jede Stunde Alle zwei Stunden Alle drei Stunden Seltener
Permanenter Schmierstuhl

7 Wie oft haben Sie in der Nacht Stuhlgang?*

Ein Mal Zwei bis drei Mal Drei bis vier Mal Mehr als vier Mal
Permanenter Schmierstuhl

8 Wie groß sind die Mengen beim Einnässen/beim Stuhlgang?

Wenig Mittel Viel

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

Gehen/Laufen Heben Stehen Liegen
Treppensteigen Lachen Niesen Husten
Sonstiges

10 Ihr Körpergewicht und Ihre Größe

Ich wiege kg und bin cm groß
Hüftumfang/Kleidergröße



Beratungsbogen zur Inkontinenzversorgung

Liegen gesundheitliche Einschränkungen vor?

Z. B. durch Operationen etc.

Handelt es sich um eine Erst- oder Folgeversorgung?

Erstversorgung

Folgeversorgung

Wie viele Produkte werden zur Zeit genutzt?

Hersteller

Produktbezeichnung

Größe

mit Klebestreifen

ohne Klebestreifen

Wunschprodukt

Tagesbedarf

Einlagen/Vorlagen

Windelhosen

Pants

Einlagen für Männer

Wünschen Sie eine persönliche Produktberatung?

Ja, bitte kontaktieren Sie mich telefonisch

Nein

*Wir beraten
Sie gerne!*

Gratismuster für Inkontinenzprodukte

Bitte senden Sie mir Gratismuster zu

Einlagen/Vorlagen

Windelhosen

Pants

Einlagen für Männer

Ich verpflichte mich, der MEDI-MARKT Homecare GmbH über versorgungsrelevante Änderungen in meinen persönlichen Verhältnissen unverzüglich bei einem Wohnortwechsel und Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung zu informieren. Ich wurde darüber informiert, dass ich die Kosten einer zusätzlichen Versorgung selbst trage.

Ich willige hiermit in die Verwendung meiner oben genannten Daten ein. Es besteht das Recht, der Verwendung der Daten zu widersprechen – per E-Mail an datenschutz@medi-markt.de oder postalisch an MEDI-MARKT Homecare GmbH, Dynamostraße 3, 68165 Mannheim. Die Datenschutzhinweise und AGB sind unter www.besser-leben.de/datenschutz einsehbar.

Ort, Datum

X

Unterschrift des Anspruchsberechtigten, Betreuers oder Bevollmächtigten

Ort, Datum

X

Unterschrift Pflegedienst

