

Für eine bedarfsgerechte Versorgung benötigen wir folgende Angaben von Ihnen.

mit * gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder

1) Allgemeine Angaben

1.1) Persönliche Angaben

Name*: _____ Vorname*: _____
Kundennummer: _____ Geburtsdatum*: _____
Telefonnummer*: _____ E-Mail: _____
Krankenkasse*: _____
Anschrift: _____

1.2) gesetzlicher Betreuer (falls zutreffend)

Name: _____ Tel.: _____
Str., Hs.-Nr.: _____ Email: _____
PLZ, Ort: _____

- 1.3) erstmalige Inkontinenzversorgung
 Folgeversorgung

1.4) Es liegt folgende Inkontinenzform vor:

- Harninkontinenz
 Stuhlinkontinenz
 Harn- und Stuhlinkontinenz

- 1.5) Bei Stuhlinkontinenz: Wie oft findet Stuhlgang statt? ____x / 24 Std.
Abführmittel werden ca. _____x / Woche genommen.

1.6) Wohnort

- Ich habe einen eigenen Haushalt.
 Ich wohne in einer Wohngemeinschaft (z.B. für Senioren oder Behinderte)
 Ich wohne in einer Einrichtung (z.B. Heim)

1.7) Betreuung über: (falls zutreffend)

- Sozialstation oder Pflegedienst
 Tagespflege
 Schule
 keine Betreuung

1.8) Anschrift der Betreuung siehe 1.7 (falls zutreffend):

Name: _____ Tel.: _____
Ansprechpartner: _____ Email: _____
Str., Hs.-Nr.: _____
PLZ, Ort: _____

2) Angaben zur Inkontinenz

2.1) Trinkmenge über 24 Stunden *

- < 500 ml
- ca. 1000 ml
- ca. 1500 ml

- ca. 2000 ml
- >2000 ml

Davon _____ ml Sondennahrung (falls zutreffend)

2.2)

Stomaversorgung
Diuretika (Wassertabletten)
Katheter

- JA
- JA
- JA

- NEIN
- NEIN
- NEIN

Wenn Katheter JA, welche Art:

- Dauerkatheter
- Einmalkatheter

- suprapubischer Katheter
- Urinalkondom

Sonstiges: _____

3) Angaben zur Mobilität

3.1) Hilfsmittel *

- Ohne Hilfsmittel
- Gehhilfe
- Rollstuhl
- bettlägerig

3.2) Toilettengänge *

- Ich gehe auch auf Toilette / Toilettenstuhl
- Ausscheidungen finden **nur** über Inkontinenzprodukte statt.

3.3) Wechsel Inkontinenzprodukte *

- selbstständig
- mit Hilfe

4. Angaben zum Inkontinenzprodukt

4.1) Beratung

- Ich benötige eine Beratung zur Produktauswahl.

4.2) Produkte (soweit bereits bekannt)

Wie viele Produkte werden zur Zeit genutzt? _____ Stk. / 24 Std.

Bisher genutzte Produkte:

Hersteller: _____

- mit Klebestreifen

Name: _____

- ohne Klebestreifen

Größe: _____ cm x _____ cm

Hüftumfang _____ cm (gemessen eine Hand breit unter dem Bauchnabel)

5.) Lieferung:

5.1) Lieferrhythmus

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

5.2) abweichende Lieferanschrift (falls zutreffend)

Name: _____

Str., Hs.-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Diese Adresse bitte

- dauerhaft
- vom _____ bis _____ verwenden.

6.) Hier können Sie inkozell sonstige wichtige Informationen geben:

Ich wurde darauf hingewiesen, der Firma inkozell jegliche Änderungen (z.B. Adresse, Produkt etc.) umgehend mitzuteilen. Liegt diese Mitteilung nicht rechtzeitig vor, gehen anfallende Kosten zu meinen Lasten.*

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir gemachten Angaben.*