

Checkliste zur ableitenden Inkontinenzversorgung

Patientenetikett

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Telefon: _____
E-Mail _____
Krankenkasse / Versicherungsnummer _____
Wohnort (eigene Häuslichkeit, stat. Pflege etc.) _____
Alternativer Ansprechpartner/Pflegende Angehörige _____
Hausarzt / behandelnder Arzt: _____
Nachsorger / ambulanter Pflegedienst usw.: _____

Anlass:

- Erstberatung Folgeberatung Einweisung
 Reklamation Sonstiges

Inkontinenzanamnese / -profil:

Diagnose: _____

- Stuhlinkontinenz
 Harninkontinenz

Form der Harninkontinenz:

Vorhandenes Kontinenzprofil:

Harnwegsinfektion:

Ja / Nein Zuletzt am: _____

Sonstige Informationen:

Überwiegend mobil Rollstuhl Bettlägerig

Versorgungssituation Informationen zur Selbstversorgung

Versorgungssituation / Status der Selbstversorgung:

- sicher in der Durchführung der Versorgung
- sicher in der Durchführung mit Partner
- sicher in der Durchführung unter Anleitung
- benötigt noch Anleitung durch qualifizierten Leistungserbringer
- kann sich nicht selbst versorgen, weil _____

Informationen zu:

- Handhabung der Hilfsmittel
- Pflege der Hilfsmittel
- Mögliche Komplikationen
- Sonstiges

Versorgungserhebliche Daten

Indikation:

<input type="checkbox"/> Akute Harnverhaltung	<input type="checkbox"/> Belastungsinkontinenz
<input type="checkbox"/> Obstruktive Blasenentleerungsstörung	<input type="checkbox"/> Dranginkontinenz
<input type="checkbox"/> Neurogene Blasenentleerungsstörung	<input type="checkbox"/> Funktionelle Inkontinenz
<input type="checkbox"/> Idiopathische Blasenentleerungsstörung	<input type="checkbox"/> Mischinkontinenz
<input type="checkbox"/> Neoblase	<input type="checkbox"/> Palliativversorgung
<input type="checkbox"/> Pouch	<input type="checkbox"/> Sonstige:

Urinbefund:

- unauffällig
- konzentriert
- trübe
- Sediment
- blutig
- übelriechend

Restharnbestimmung am: _____

- o.B. (≤ 50 ml) / ≥ 100 ml / _____

Latexallergie:

- Ja / Nein nicht bekannt

Versorgungsintervalle

	Einmalkatheter	Dauerkatheter	Bein- / Bettbeutel / sonstige Auffangbeutel	Kondomurinale
Wechsel durch				
Wechselintervall				
Bemerkungen				
	Schmerzen beim Katheterisieren? <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein		Hautzustand:	Hautzustand:

Bemusterung

Ja / Nein

Infolge Erstversorgung / Infolge Umversorgung

Artikel-bezeichnung	ArtikelNr.	Hersteller	Hilfsmittelpos.Nr	Übergeben am

Materialumstellung / Veränderter Monatsbedarf

Materialumstellung:

Ja / Nein

Umstellung auf:

Artikelbezeichnung	Artikelnummer	Hersteller	Hilfsmittelpos.Nr

Begründung: _____

Veränderter Monatsbedarf:

Ja / Nein

Begründung:

Ort, Datum

Unterschrift Pflegefachkraft