

### Checkliste zur Versorgung mit Krankenpflegeartikeln

Name, Vorname des Versicherten: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_  
Kostenträger: \_\_\_\_\_  
Erstkontakt über: \_\_\_\_\_  
ggf. Ansprechpartner: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

Diagnose laut Verordnung: \_\_\_\_\_

Diagnose (ICD-Schlüssel): \_\_\_\_\_

**Körperstatus:** Körpergröße: \_\_\_\_\_  
Körpergewicht: \_\_\_\_\_

**Soziales Umfeld:**  Alleinlebend, Selbstversorger  
 Betreuung/Pflege ca. \_\_\_\_\_ Stunden durch  
\_\_\_\_\_

**(Schlaf-)Zimmer:**  Holzumrandung vorhanden  
Innenmaß Holzumrandung \_\_\_\_\_ cm  
Auflagenleistenhöhe \_\_\_\_\_

**Empfehlung:**  Elektr. Pflegebett: \_\_\_\_\_ Liegefläche: 3/4/5 geteilte Maße: \_\_\_\_\_  
 Elektr. Einlegerahmen: \_\_\_\_\_ Liegefläche: 3/4/5 geteilte Maße: \_\_\_\_\_

**Besonderheiten:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/-in oder Vertreter: \_\_\_\_\_

Unterschrift Leistungserbringer: \_\_\_\_\_

Stand Januar 2011

Dieses Dokument ist Eigentum des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. und darf nur zu den in der Satzung des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. festgelegten Zwecken verwendet werden. Insbesondere dient es der Zusammenstellung der Anforderungen für Unternehmen zur Erlangung und Aufrechterhaltung des QVH-Gütesiegels. Die Verwendung für andere Zwecke ist nur mit ausdrücklicher (schriftlicher) Genehmigung durch den Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. erlaubt. Dieses Dokument wurde elektronisch erstellt, deshalb kann der Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V., trotz sorgfältiger Prüfung der Programm-/ der Ein- und Ausgabefunktionen, keine Garantie für Vollständigkeit und Fehlerfreiheit der Zusammenstellung übernehmen.