

Checkliste zur Versorgung mit Bade-, Dusch- und Toilettenhilfen

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

Diagnose laut Verordnung: _____
Diagnose (ICD-Schlüssel): _____

Versorgung:

- Erstversorgung
- Folgeversorgung
- Mehrfachausstattung

Bereits vorhandene Bade- Dusch- und Toilettenhilfen: _____

Bei Folgeversorgung:

- Vorhandenes Hilfsmittel irreparabel/
- Vorhandenes Hilfsmittel nicht anpassbar
- Änderung des Krankheitsbildes

Badezimmer:

- Badewanne
- Standard Ja Nein
- Dusche
- Dusche befahrbar Ja Nein

Körperpflege: _____ Wer führt die Körperpflege durch?

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.

- vollständig selbst teilweise selbst
 vollständig durch Angehörige/Pflegedienst

Toilette:

Kann der Toilettengang selbst durchgeführt

werden? Ja Nein

Wird durch den Einsatz der Hilfsmittel eine
Selbstständigkeit erreicht? Ja Nein

Die Nutzung des Toilettenstuhles findet statt:

- An verschiedenen Orten An einem Ort
 Tagsüber Nachts Tag und Nacht

Ggf. Begründungen oder Skizzen:

Zeitaufwand für Beratung + Anpassung: _____ min

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.

ACHTUNG: Bei Versorgung eines Produktes PG 18.46.02./03 und gleichzeitiger Nutzung eines Rollstuhls durch den Versicherten ist die Versorgungs-Checkliste der PG 18 in Kopie beizufügen!

Hiermit bestätige ich, dass die gemachten Angaben zutreffend sind. Mit der Weitergabe der Daten und ggf. Dokumentation/Bilder an meine Krankenkasse bin ich einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift des Versicherten/Betreuers: _____