

---

### 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: \_\_\_\_\_