

Checkliste zur aufsaugenden Inkontinenzversorgung

Patientenetikett

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse / Versicherungsnummer: _____

Wohnort (eigene Häuslichkeit, stat. Pflege etc.): _____

Alternativer Ansprechpartner/Pflegeperson: _____

Hausarzt / behandelnder Arzt: _____

Nachsorger / ambulanter Pflegedienst usw.: _____

Anlass:

- Erstberatung
 Folgeberatung
 Einweisung
 Reklamation
 Sonstiges

Inkontinenzanamnese / -profil:

Diagnose: _____

- Stuhlinkontinenz / Doppelinkontinenz
 Harninkontinenz

Form der Harninkontinenz:

Vorhandenes Kontinenzprofil:

Vorhandene Indikation:

- Leichte Inkontinenz / "Tröpfelinkontinenz" –
 Urinabgabe ca. 50-100 ml in 4 Stunden
 Mittlere Inkontinenz – Urinabgabe ca. 100 bis 200 ml in 4 Stunden
 Schwere Inkontinenz – Urinabgabe ca. 200-300 ml in 4 Stunden
 Schwerste Inkontinenz – Urinabgabe über 300 ml in 4 Stunden

Harnwegsinfektion:

Ja / Nein Zuletzt am: _____

Sonstige Informationen:

Gewicht: _____ Größe: _____

Überwiegend mobil Rollstuhl Bettlägerig

Medikamentöse Einflüsse _____

Relevante Stoffwechselerkrankungen _____

Neurologische Vorerkrankungen _____

Stand: September 2015

Anleitung, Schulung und Beratung zur Selbstversorgung

- Informationen zu: Handhabung der Hilfsmittel Pflege der Hilfsmittel
 Mögliche Komplikationen Sonstiges

Verordnete Hilfsmittel

Anatomisch geformte Vorlagen	Rechteckvorlagen	Netzhosen	Inkontinenzhosen	Vorlagen für Inkontinenz
<input type="checkbox"/> Größe 1				
<input type="checkbox"/> Größe 2				
<input type="checkbox"/> Größe 3			<input type="checkbox"/> Größe 3	

Versorgungserhebliche Daten

Beurteilung der Haut im Gesäßbereich

- Unauffällig
- leichte Rötung
- Juckreiz
- Erythem
- Pusteln
- Papeln
- Hautnässen
- Sonstiges: _____

Beurteilung der Haut im Inguinalbereich

- Unauffällig
- leichte Rötung
- Juckreiz
- Erythem
- Pusteln
- Papeln
- Hautnässen
- Sonstiges: _____

Umgebungshaut:

- Intakt
- Gerötet
- Hautläsion
- Meszeriert
- Allergie

Bemusterung: Ja / Nein Infolge Erstversorgung / Infolge Umstellung

Artikelbezeichnung	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