

Anamnesebogen

Zur Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen



1. Allgemeine Daten Betroffene/Betroffener

Name	Vorname
Straße	
PLZ/Ort	
Telefon	
Geburtsdatum	
Vers.-Nr.	
Krankenkasse	

- Erstberatung Folgeberatung Produktwechsel

2. Inkontinenzform und Schweregrad der Inkontinenz

Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich		
Inkontinenzart	<input type="checkbox"/> nur Urin	<input type="checkbox"/> nur Stuhl	<input type="checkbox"/> Urin und Stuhl	
Inkontinenzform	<input type="checkbox"/> Stress-/Belastungsinkontinenz	<input type="checkbox"/> Dranginkontinenz	<input type="checkbox"/> extraurethrale Inkontinenz	<input type="checkbox"/> chronische oder Überlaufinkontinenz
	<input type="checkbox"/> Mischform	<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz		
Inkontinenzschweregrad bei Urininkontinenz	<input type="checkbox"/> leicht (weniger als 100 ml in 4 Stunden)	<input type="checkbox"/> mittelschwer (ca. 100–200 ml in 4 Stunden)	<input type="checkbox"/> schwer (ca. 200–300 ml in 4 Stunden)	<input type="checkbox"/> schwerst (mehr als 300 ml in 4 Stunden)
	<input type="checkbox"/> Ausscheidungsmenge Tag und Nacht gleich	<input type="checkbox"/> Ausscheidungsmenge tagsüber deutlich mehr	<input type="checkbox"/> Ausscheidungsmenge nachts deutlich mehr	
Inkontinenzschweregrad bei Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> leicht (Grad 1) unkontr. Abgang von Winden und leichten Schmierstühlen	<input type="checkbox"/> mittel (Grad 2) unkontr. Abgang von flüssigem Stuhl	<input type="checkbox"/> schwer (Grad 3) unkontr. Abgang von festem Stuhl	

3. Trinkmenge und Medikation

Trinkmenge pro Tag	<input type="checkbox"/> bis 1.000 ml	<input type="checkbox"/> mehr als 1.000 ml	<input type="checkbox"/> über 2.000 ml	
Medikation	<input type="checkbox"/> entwässernde Medikamente	<input type="checkbox"/> Blutdrucksenker	<input type="checkbox"/> Diabetes-Medikamente	<input type="checkbox"/> Abführmittel

4. Details zur Definition der Versorgung

Versorgung durch Pflegedienst Pflegekraft Angehörige selbstständig

Toilettengang selbstständig benötigt Hilfestellung Versorgung im Bett

Hautzustand keine empfindliche Haut empfindliche Haut Hautirritationen

Wird eine (Hautschutz-) Creme im Intimbereich verwendet? ja ärztlich verordnet nein

Wenn ja, welche? _____

Mobilität mobil eingeschränkt mobil Rollstuhl bettlägerig

Hüftumfang bzw. Konfektionsgröße _____

Liegt ein Pflegegrad vor? ja, und zwar 1 2 3 4 5 nein

Werden Produkte aus der Pflegehilfsmittelpauschale bezogen? ja nein

Zuzahlungsbefreiung ja nein

Welche dieser Kriterien sind besonders wichtig?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Saugleistung | <input type="checkbox"/> Diskretion |
| <input type="checkbox"/> Auslaufsicherheit | <input type="checkbox"/> Anwenderfreundlichkeit/Handling |
| <input type="checkbox"/> Tragekomfort | <input type="checkbox"/> selbstständiger Toilettengang |
| <input type="checkbox"/> Hautverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Erhaltung/Förderung/Wiederherstellung der Selbstständigkeit |
| | <input type="checkbox"/> nächtliches Durchschlafen ohne störenden Produktwechsel |

Bemerkungen _____

5. Inkontinenzgrade und die entsprechende Versorgung

	Basisversorgung	Wunschversorgung
• Blasenschwäche, leichte Inkontinenz	MoliCare Pad (alle Saugstärken) MoliCare Premium Form normal MoliCare Form normal plus	MoliCare Premium lady pad MoliCare Premium MEN PAD MoliCare Premium lady pants MoliCare Premium MEN PANTS MoliCare Premium Form normal plus
• Mittlere Inkontinenz	MoliCare Form extra	MoliCare Premium Form extra MoliCare Premium Elastic 5 Tropfen MoliCare Premium Mobile 5 Tropfen
• Schwere Inkontinenz	MoliCare Form extra plus MoliCare Slip extra	MoliCare Premium Form extra plus MoliCare Premium Form extra plus MEN MoliCare Premium Elastic 6/7 Tropfen MoliCare Premium Mobile 6 Tropfen
• Schwerste Inkontinenz	MoliCare Form super plus MoliCare Slip super	MoliCare Premium Form super plus MoliCare Premium Elastic 8/9 Tropfen MoliCare Premium Mobile 8 Tropfen MoliCare Premium Mobile 10 Tropfen
• Reine Nachtversorgung		MoliCare Slip maxi MoliCare Premium Elastic 10 Tropfen MoliCare Premium Mobile 10 Tropfen

6. Basisversorgung (medizinisch notwendige, aufzahlungsfreie Versorgung)

⚙ Tag

Produkt	HMV NR	Menge/Tag
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

🌙 Nacht

Produkt	HMV NR	Menge/Tag
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

7. Premiumversorgung (gewünschte, aufzahlungspflichtige Versorgung)

Andere als die medizinisch notwendige Versorgung gewünscht ja nein

Patient(in) wurde über die Aufzahlung informiert ja nein

Preis Aufzahlung inkl. MwSt./Monat _____ €

⚙ Tag

Produkt	HMV NR	Menge/Tag
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

🌙 Nacht

Produkt	HMV NR	Menge/Tag
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

8. Lieferstatus

- Abholung ja nein
- Lieferung nach telefonischer Absprache
(mind. 1 Woche vor Bedarf) ja nein
- Versorgungsintervall 1 Monat 2 Monate 3 Monate
-
-

Lieferadresse (falls abweichend)

9. Beratungsgespräche

Datum	Beratungsinhalt	Gesprochen mit	Unterschrift

10. Beratungsdokumentation:

- Ich wurde beraten und auf eine aufzahlungsfreie Versorgung hingewiesen.
- Ich wurde darüber aufgeklärt, dass Mehrkosten entstehen, sobald ich mich für eine Versorgung entscheide, die über die medizinische Notwendigkeit hinausgeht. Hiermit bestätige ich, dass ich die ausgewiesenen Mehrkosten ausdrücklich wünsche. Darüber hinaus bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die Mehrkosten weder von der Krankenkasse erstattet noch auf eine Zuzahlungsbefreiung angerechnet werden können.

PAUL HARTMANN AG
Paul-Hartmann-Straße 12
89522 Heidenheim
info@hartmann.de
www.hartmann.de

Stempel

Produkttempfehlungen

Bei Blasenschwäche und Inkontinenz

Basisversorgung (ohne wirtschaftliche Aufzählung)

Bei Blasenschwäche und leichter Inkontinenz

Einlagen	Maße	Saugleistung*** ISO max. in g (ml)
MoliCare Pad 2 Tropfen	26,5 x 11,2 cm	321
MoliCare Pad 3 Tropfen	33,5 x 13,2 cm	481
MoliCare Pad 4 Tropfen	43,0 x 16,2 cm	865

Vorlagen	Maße	Saugleistung*** ABL* max. ISO max. in g (ml) in g (ml)	
MoliCare Premium Form normal	52,5 x 28,0 cm	410	1.155
MoliCare Form normal plus	62,0 x 29,5 cm	459	1.483

Bei mittlerer Inkontinenz

Vorlagen	Maße	Saugleistung*** ABL* max. ISO max. in g (ml) in g (ml)	
MoliCare Form extra	62,0 x 29,5 cm	625	1.598

Wunschversorgung (mit wirtschaftlicher Aufzählung)

Bei Blasenschwäche und leichter Inkontinenz

Einlagen	Maße bzw. Hüft-/ Bauchumfang	Saugleistung*** ABL* max. ISO max. in g (ml) in g (ml)	
MoliCare Premium lady pad 0,5 Tropfen**	17,5 x 7,6 cm	70	
MoliCare Premium lady pad 1 Tropfen**	22,0 x 9,8 cm	181	
MoliCare Premium lady pad 1,5 Tropfen**	27,0 x 10,0 cm	252	
MoliCare Premium lady pad 2 Tropfen	26,5 x 11,2 cm	331	
MoliCare Premium lady pad 3 Tropfen	33,5 x 13,2 cm	504	
MoliCare Premium lady pad 3,5 Tropfen	33,5 x 13,2 cm	632	
MoliCare Premium lady pad 4 Tropfen	43,0 x 16,2 cm	782	
MoliCare Premium lady pad 4,5 Tropfen	43,0 x 16,2 cm	914	
MoliCare Premium lady pad 5 Tropfen	43,0 x 16,2 cm	1.029	
MoliCare Premium MEN PAD 2 Tropfen	14,7 x 11,5 cm	330	
MoliCare Premium MEN PAD 3 Tropfen	26,0 x 18,0 cm	406	
MoliCare Premium MEN PAD 4 Tropfen	34,5 x 18,0 cm	546	
MoliCare Premium MEN PAD 5 Tropfen	34,5 x 18,0 cm	852	
MoliCare Premium lady pants 5 Tropfen M	80,0 – 120,0 cm	322	843
MoliCare Premium lady pants 5 Tropfen L	100,0 – 150,0 cm	319	844
MoliCare Premium lady pants 7 Tropfen M	80,0 – 120,0 cm	489	1.442
MoliCare Premium lady pants 7 Tropfen L	100,0 – 150,0 cm	489	1.373
MoliCare Premium MEN PANTS 5 Tropfen M	80,0 – 120,0 cm	324	974
MoliCare Premium MEN PANTS 5 Tropfen L	100,0 – 150,0 cm	386	1.001
MoliCare Premium MEN PANTS 7 Tropfen M	80,0 – 120,0 cm	483	1.455
MoliCare Premium MEN PANTS 7 Tropfen L	100,0 – 150,0 cm	490	1.412

Vorlagen	Maße	Saugleistung*** ABL* max. ISO max. in g (ml) in g (ml)	
MoliCare Premium Form normal plus	62,0 x 29,5 cm	459	1.483

Bei mittlerer Inkontinenz

Vorlagen	Maße	Saugleistung*** ABL* max. ISO max. in g (ml) in g (ml)	
MoliCare Premium Form extra	62,0 x 29,5 cm	575	1.626

Inkontinenzlips	Hüft-/Bauchumfang	Saugleistung*** ABL* max. ISO max. in g (ml) in g (ml)	
MoliCare Premium Mobile 5 Tropfen S	60,0 – 90,0 cm	390	941
MoliCare Premium Mobile 5 Tropfen M	80,0 – 120,0 cm	377	1.017
MoliCare Premium Mobile 5 Tropfen L	100,0 – 150,0 cm	475	1.198
MoliCare Premium Mobile 5 Tropfen XL	130,0 – 170,0 cm	480	1.183

Erstattungsfähige Pflegehilfsmittel

Unter dem Begriff Pflegehilfsmittel versteht man Produkte, die die Pflege im häuslichen Bereich effizienter und einfacher machen. Bei Vorliegen einer Pflegestufe hat der Pflegebedürftige bzw. der pflegende Angehörige einen gesetzlichen Anspruch auf Kostenerstattung durch die Pflegekasse. Die zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel werden mit max. 40,00 € pro Monat erstattet.

- Einmalverwendbare Bettschutzeinlagen, wie z. B. MoliCare® Premium Bed Mat 5 Tropfen
- Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen****, wie z. B. MoliCare® Premium Bed Mat Textile 7 Tropfen
- Einmalhandschuhe, wie z. B. Peha-soft syntex
- Händedesinfektionsmittel, wie z. B. Sterillium
- Flächendesinfektionsmittel, wie z. B. Bacillol AF
- Mundschutz, wie z. B. Foliadress mask Comfort Loop
- Einmalverwendbare Schutzschürzen, wie z. B. ValaComfort apron
- Wiederverwendbare Schutzschürzen
- Fingerlinge

Hinweis: Bitte achten Sie bei MoliCare Premium Pad Einlagen und MoliCare Premium Form Vorlagen auf eine geeignete Fixierung. Wir empfehlen MoliCare Premium Fixpants.

* ABL (Absorption before Leakage), Quelle: Standard-Testmethode WSP 354.1 (11).

** Diese Produkte sind nicht erstattungsfähig.

*** Saugleistungen Stand: 08/2018

**** Kosten werden von der Pflegekasse bis zu zwei Mal im Jahr zusätzlich zu den 40,00 € übernommen.

Produkttempfehlungen

Bei Blasenschwäche und Inkontinenz

Basisversorgung (ohne wirtschaftliche Aufzählung) Bei schwerer Inkontinenz			
Vorlagen	Maße	Saugleistung***	
		ABL* max. in g (ml)	ISO max. in g (ml)
MoliCare Form extra plus	69,0 x 31,0 cm	617	2.076

Inkontinenzslips	Hüft-/Bauchumfang	Saugleistung***	
		ABL* max. in g (ml)	ISO max. in g (ml)
MoliCare Slip extra XS	40,0 – 60,0 cm	441	1.123
MoliCare Slip extra S	60,0 – 90,0 cm	455	1.156
MoliCare Slip extra M	90,0 – 120,0 cm	600	1.668
MoliCare Slip extra L	120,0 – 150,0 cm	581	2.203
MoliCare Slip extra XL	150,0 – 175,0 cm	659	2.484

Basisversorgung (ohne wirtschaftliche Aufzählung) Bei schwerster Inkontinenz			
Vorlagen	Maße	Saugleistung***	
		ABL* max. in g (ml)	ISO max. in g (ml)
MoliCare Form super plus	69,0 x 31,0 cm	901	2.565

Inkontinenzslips	Hüft-/Bauchumfang	Saugleistung***	
		ABL* max. in g (ml)	ISO max. in g (ml)
MoliCare Slip super S	60,0 – 90,0 cm	479	1.455
MoliCare Slip super M	90,0 – 120,0 cm	762	2.099
MoliCare Slip super L	120,0 – 150,0 cm	632	2.407

Wunschversorgung (mit wirtschaftlicher Aufzählung) Bei schwerer Inkontinenz			
Vorlagen	Maße	Saugleistung***	
		ABL* max. in g (ml)	ISO max. in g (ml)
MoliCare Premium Form extra plus	69,0 x 31,0 cm	647	2.377
MoliCare Premium Form extra plus MEN	69,0 x 31,0 cm	786	2.508

Inkontinenzslips	Hüft-/Bauchumfang	Saugleistung***	
		ABL* max. in g (ml)	ISO max. in g (ml)
MoliCare Premium Elastic 6 Tropfen S	70,0 – 90,0 cm	643	1.667
MoliCare Premium Elastic 6 Tropfen M	85,0 – 120,0 cm	651	2.159
MoliCare Premium Elastic 6 Tropfen L	115,0 – 145,0 cm	482	2.349
MoliCare Premium Elastic 6 Tropfen XL	140,0 – 175,0 cm	759	2.786
MoliCare Premium Mobile 6 Tropfen XS	45,0 – 70,0 cm	436	1.361
MoliCare Premium Mobile 6 Tropfen S	60,0 – 90,0 cm	563	1.475
MoliCare Premium Mobile 6 Tropfen M	80,0 – 120,0 cm	577	1.662
MoliCare Premium Mobile 6 Tropfen L	100,0 – 150,0 cm	697	1.963
MoliCare Premium Mobile 6 Tropfen XL	130,0 – 170,0 cm	791	2.140

Premiumversorgung (mit wirtschaftlicher Aufzählung) Bei schwerster Inkontinenz			
Vorlagen	Maße	Saugleistung***	
		ABL* max. in g (ml)	ISO max. in g (ml)
MoliCare Premium Form super plus	69,0 x 31,0 cm	917	2.777

Inkontinenzslips	Hüft-/Bauchumfang	Saugleistung***	
		ABL* max. in g (ml)	ISO max. in g (ml)
MoliCare Premium Elastic 8 Tropfen S	70,0 – 90,0 cm	906	1.091
MoliCare Premium Elastic 8 Tropfen M	85,0 – 120,0 cm	966	3.144
MoliCare Premium Elastic 8 Tropfen L	115,0 – 145,0 cm	808	3.220
MoliCare Premium Elastic 8 Tropfen XL	140,0 – 175,0 cm	1.074	3.591
MoliCare Mobile 8 Tropfen S	60,0 – 90,0 cm	613	1.791
MoliCare Mobile 8 Tropfen M	80,0 – 120,0 cm	635	2.015
MoliCare Mobile 8 Tropfen L	100,0 – 150,0 cm	794	2.279
MoliCare Mobile 8 Tropfen XL	130,0 – 170,0 cm	890	2.421

Produkttempfehlung für die Nachtversorgung			
Inkontinenzslips	Hüft-/Bauchumfang	Saugleistung***	
		ABL* max. in g (ml)	ISO max. in g (ml)
MoliCare Slip maxi S	60,0 – 90,0 cm	698	2.153
MoliCare Slip maxi M	90,0 – 110,0 cm	1.138	3.196
MoliCare Slip maxi L	120,0 – 150,0 cm	983	3.815
MoliCare Premium Elastic 9 Tropfen S	70,0 – 90,0 cm	947	2.546
MoliCare Premium Elastic 9 Tropfen M	85,0 – 120,0 cm	785	3.521
MoliCare Premium Elastic 9 Tropfen L	115,0 – 145,0 cm	952	3.856
MoliCare Premium Elastic 9 Tropfen XL	140,0 – 175,0 cm	1.136	3.951
MoliCare Premium Elastic 10 Tropfen S	70,0 – 90,0 cm	931	2.771
MoliCare Premium Elastic 10 Tropfen M	85,0 – 120,0 cm	1.264	3.696
MoliCare Premium Elastic 10 Tropfen L	115,0 – 145,0 cm	1.303	4.279
MoliCare Premium Elastic 10 Tropfen XL	140,0 – 145,0 cm	1.293	4.380
MoliCare Premium Mobile 10 Tropfen M	80,0 – 120,0 cm	792	2.626
MoliCare Premium Mobile 10 Tropfen L	100,0 – 50,0 cm	801	2.613
MoliCare Premium Mobile 10 Tropfen XL	130,0 – 170,0 cm	971	2.757

Hinweis: Bitte achten Sie bei MoliCare Premium Pad Einlagen und MoliCare Premium Form Vorlagen auf eine geeignete Fixierung. Wir empfehlen MoliCare Premium Fixpants.

* ABL (Absorption before Leakage), Quelle: Standard-Testmethode WSP 354.1 (11).

** Diese Produkte sind nicht erstattungsfähig.

*** Saugleistungen Stand: 08/2018

**** Kosten werden von der Pflegekasse bis zu zwei Mal im Jahr zusätzlich zu den 40,00 € übernommen.