



# Anamnesebogen

Zur Versorgung mit aufsaugenden  
Inkontinenzhilfen

## 1. Allgemeine Daten Betroffene/Betroffener

Name Vorname Titel

Straße PLZ/Ort

Telefon

Geburtsdatum

Krankenkasse Versicherten-Nr.

Erstberatung  Folgeberatung  Produktwechsel

## 2. Inkontinenzform und Schweregrad der Inkontinenz

Geschlecht  weiblich  männlich

Inkontinenzart  nur Urin  nur Stuhl  Urin und Stuhl

Inkontinenzform  Stress-/Belastungsinkontinenz  Dranginkontinenz  extraurethrale Inkontinenz  chronische oder Überlaufinkontinenz  
 Mischform  Stuhlinkontinenz

Inkontinenzschweregrad bei Urininkontinenz  leicht (weniger als 100 ml in 4 Stunden)  mittel (ca. 100–200 ml in 4 Stunden)  schwer (ca. 200–300 ml in 4 Stunden)  schwerst (mehr als 300 ml in 4 Stunden)

Ausscheidungsmenge Tag und Nacht gleich  Ausscheidungsmenge tagsüber deutlich mehr  Ausscheidungsmenge nachts deutlich mehr

Inkontinenzschweregrad bei Stuhlinkontinenz  leicht (Grad 1) unkontr. Abgang von Winden und leichten Schmierstühlen  mittel (Grad 2) unkontr. Abgang von flüssigem Stuhl  schwer (Grad 3) unkontr. Abgang von festem Stuhl

## 3. Trinkmenge und Medikation

Trinkmenge pro Tag  bis 1.000 ml  mehr als 1.000 ml  über 2.000 ml

Medikation  entwässernde Medikamente  Blutdrucksenker  Diabetes-Medikamente  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?

- Saugleistung  Auslaufsicherheit  Tragekomfort  Hautverträglichkeit  Diskretion
- Anwenderfreundlichkeit/ Handling  selbstständiger Toilettengang  Erhaltung/Förderung/Wiederherstellung der Selbstständigkeit  nächtliches Durchschlafen ohne störenden Produktwechsel

Bemerkungen .....

## 5. Inkontinenzgrade und die entsprechende Versorgung

	BASISVERSORGUNG	WUNSCHVERSORGUNG
<b>Blasenschwäche, leichte Inkontinenz</b>	MoliCare Pad (alle Saugstärken) MoliCare Premium Form 3 Tropfen MoliCare Form 4 Tropfen	MoliCare Premium lady pad MoliCare Premium MEN PAD MoliCare Premium lady pants MoliCare Premium MEN PANTS MoliCare Premium Form 4 Tropfen
<b>Mittlere Inkontinenz</b>	MoliCare Form 5 Tropfen MoliCare Slip 5 Tropfen	MoliCare Premium Form 5 Tropfen MoliCare Premium Elastic 5 Tropfen MoliCare Premium Mobile 5 Tropfen
<b>Schwere Inkontinenz</b>	MoliCare Form 6 Tropfen MoliCare Slip 6 Tropfen	MoliCare Premium Form 6 Tropfen MoliCare Premium Form 6 Tropfen MEN MoliCare Premium Elastic 6/7 Tropfen MoliCare Premium Mobile 6 Tropfen
<b>Schwerste Inkontinenz</b>	MoliCare Form 8 Tropfen MoliCare Slip 7 Tropfen	MoliCare Premium Form 8 Tropfen MoliCare Premium Elastic 8/9 Tropfen MoliCare Premium Mobile 8 Tropfen MoliCare Premium Mobile 10 Tropfen
<b>Reine Nachtversorgung</b>		MoliCare Premium lady pad 5 Tropfen MoliCare Slip 9 Tropfen MoliCare Premium Elastic 10 Tropfen MoliCare Premium Mobile 10 Tropfen
<b>Stuhlversorgung</b>		MoliCare Premium Form STOOL

## 6. Basisversorgung (medizinisch notwendige, aufzahlungsfreie Versorgung)

### Tag

Produkt	Hilfsmittelnummer	Menge/Tag
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

### Nacht

Produkt	Hilfsmittelnummer	Menge/Tag
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

## 7. Premiumversorgung (gewünschte, aufzahlungspflichtige Versorgung)

Andere als die medizinisch notwendige Versorgung gewünscht  ja  nein

Betroffene/Betroffener wurde über die Aufzahlung informiert  ja  nein

Preis Aufzahlung inkl. MwSt./Monat ..... €

### Tag

Produkt	Hilfsmittelnummer	Menge/Tag
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

### Nacht

Produkt	Hilfsmittelnummer	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.

Stempel

# Produkttempfehlungen

## Bei Blasenschwäche und Inkontinenz

### BASISVERSORGUNG

(ohne wirtschaftliche Aufzählung)

#### Bei Blasenschwäche und leichter Inkontinenz

Inkontinenzvorlagen	Maße	Saugleistung*	
		ABL** max. in g (ml)	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
MoliCare Premium Form 3 Tropfen	52,5 x 28,0 cm	410	1.155
MoliCare Form 4 Tropfen	62,0 x 29,5 cm	459	1.483

### WUNSCHVERSORGUNG

(mit wirtschaftlicher Aufzählung)

#### Bei Blasenschwäche und leichter Inkontinenz

Inkontinenzvorlagen	Maße bzw. Hüft-/Bauchumfang	Saugleistung*	
		ABL** max. in g (ml)	ISO max. 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 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 – 120 cm	322	843
MoliCare Premium lady pants 5 Tropfen L	100 – 150 cm	319	844
MoliCare Premium lady pants 7 Tropfen M	80 – 120 cm	489	1.442
MoliCare Premium lady pants 7 Tropfen L	100 – 150 cm	489	1.373
MoliCare Premium MEN PANTS 5 Tropfen M	80 – 120 cm	324	974
MoliCare Premium MEN PANTS 5 Tropfen L	100 – 150 cm	386	1.001
MoliCare Premium MEN PANTS 7 Tropfen M	80 – 120 cm	483	1.455
MoliCare Premium MEN PANTS 7 Tropfen L	100 – 150 cm	490	1.412
MoliCare Premium Form 4 Tropfen	62,0 x 29,5 cm	459	1.483

### Bei mittlerer Inkontinenz

Inkontinenzvorlagen und -slips	Maße bzw. Hüft-/Bauchumfang	Saugleistung*	
		ABL** max. in g (ml)	ISO max. in g (ml)
MoliCare Form 5 Tropfen	62,0 x 29,5 cm	625	1.598
MoliCare Slip 5 Tropfen S	60 – 90 cm	476	1.294
MoliCare Slip 5 Tropfen M	90 – 120 cm	600	1.668
MoliCare Slip 5 Tropfen L	120 – 150 cm	581	2.203
MoliCare Slip 5 Tropfen XL	150 – 175 cm	659	2.484

### Bei mittlerer Inkontinenz

Inkontinenzvorlagen und -slips	Maße bzw. Hüft-/Bauchumfang	Saugleistung*	
		ABL** max. in g (ml)	ISO max. in g (ml)
MoliCare Premium Form 5 Tropfen	62,0 x 29,5 cm	575	1.626
MoliCare Premium Elastic 5 Tropfen M	85 – 120 cm	491	1.765
MoliCare Premium Elastic 5 Tropfen L	115 – 145 cm	626	2.247
MoliCare Premium Mobile 5 Tropfen S	60 – 90 cm	390	941
MoliCare Premium Mobile 5 Tropfen M	80 – 120 cm	377	1.017
MoliCare Premium Mobile 5 Tropfen L	100 – 150 cm	475	1.198
MoliCare Premium Mobile 5 Tropfen XL	130 – 170 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 eines Pflegegrades hat der Pflegebedürftige bzw. der pflegende Angehörige einen gesetzlichen Anspruch auf Kostenerstattung durch die Pflegekasse. Die zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel werden mit max. 40 € 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. Bacillo® AF
- Mundschutz, wie z. B. Foliodress® mask Comfort Loop
- Einmalverwendbare Schutzschürzen, wie z. B. Vala® Comfort apron
- Einmalverwendbare Schutzlätzchen, wie z. B. Vala® Fit tape und band
- Fingerlinge



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

\* Saugleistungen Stand: 10/2022

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

\*\*\* Diese Produkte sind nicht erstattungsfähig.

\*\*\*\* Kosten werden von der Pflegekasse bis zu drei Mal im Jahr zusätzlich zu den 40 € übernommen.

# Produkttempfehlungen

## Bei Blasenschwäche und Inkontinenz

### BASISVERSORGUNG

(ohne wirtschaftliche Aufzählung)

#### Bei schwerer Inkontinenz

Inkontinenzvorlagen und -slips	Maße bzw. Hüft-/Bauchumfang	Saugleistung*	
		ABL** max. in g (ml)	ISO max. in g (ml)
MoliCare Form 6 Tropfen	69,0 x 31,0 cm	617	2.076
MoliCare Slip 6 Tropfen XS	40 – 70 cm	464	1.367
MoliCare Slip 6 Tropfen S	60 – 90 cm	470	1.437
MoliCare Slip 6 Tropfen M	90 – 120 cm	615	1.891
MoliCare Slip 6 Tropfen L	120 – 150 cm	587	2.283
MoliCare Slip 6 Tropfen XL	150 – 175 cm	678	2.714

### WUNSCHVERSORGUNG

(mit wirtschaftlicher Aufzählung)

#### Bei schwerer Inkontinenz

Inkontinenzvorlagen und -slips	Maße bzw. Hüft-/Bauchumfang	Saugleistung*	
		ABL** max. in g (ml)	ISO max. in g (ml)
MoliCare Premium Form 6 Tropfen	69,0 x 31,0 cm	647	2.377
MoliCare Premium Form 6 Tropfen MEN	69,0 x 31,0 cm	786	2.508
MoliCare Premium Elastic 6 Tropfen S	70 – 90 cm	643	1.667
MoliCare Premium Elastic 6 Tropfen M	85 – 120 cm	651	2.159
MoliCare Premium Elastic 6 Tropfen L	115 – 145 cm	482	2.349
MoliCare Premium Elastic 6 Tropfen XL	140 – 175 cm	759	2.786
MoliCare Premium Mobile 6 Tropfen XS	45 – 70 cm	436	1.361
MoliCare Premium Mobile 6 Tropfen S	60 – 90 cm	563	1.475
MoliCare Premium Mobile 6 Tropfen M	80 – 120 cm	577	1.662
MoliCare Premium Mobile 6 Tropfen L	100 – 150 cm	697	1.963
MoliCare Premium Mobile 6 Tropfen XL	130 – 170 cm	791	2.140

#### Bei schwerster Inkontinenz

Inkontinenzvorlagen und -slips	Maße	Saugleistung*	
		ABL** max. in g (ml)	ISO max. in g (ml)
MoliCare Form 8 Tropfen	69,0 x 31,0 cm	901	2.565
MoliCare Slip 7 Tropfen M	90 – 120 cm	762	2.099
MoliCare Slip 7 Tropfen L	120 – 150 cm	632	2.407

#### Bei schwerster Inkontinenz

Inkontinenzvorlagen und -slips	Maße	Saugleistung*	
		ABL** max. in g (ml)	ISO max. in g (ml)
MoliCare Premium Form 8 Tropfen	69,0 x 31,0 cm	917	2.777
MoliCare Premium Elastic 8 Tropfen S	70 – 90 cm	906	1.091
MoliCare Premium Elastic 8 Tropfen M	85 – 120 cm	966	3.144
MoliCare Premium Elastic 8 Tropfen L	115 – 145 cm	808	3.220
MoliCare Premium Elastic 8 Tropfen XL	140 – 175 cm	1.074	3.591
MoliCare Premium Mobile 8 Tropfen S	60 – 90 cm	613	1.791
MoliCare Premium Mobile 8 Tropfen M	80 – 120 cm	635	2.015
MoliCare Premium Mobile 8 Tropfen L	100 – 150 cm	794	2.279
MoliCare Premium Mobile 8 Tropfen XL	130 – 170 cm	890	2.421

#### Produkttempfehlung für die Nachtversorgung

Inkontinenzvorlagen und -slips	Maße bzw. Hüft-/Bauchumfang	Saugleistung*	
		ABL** max. in g (ml)	ISO max. in g (ml)
MoliCare Premium lady pad 5 Tropfen	43,0 x 16,2 cm		1.029
MoliCare Premium Form 9 Tropfen	69,0 x 31,0 cm	1.089	3.399
MoliCare Slip 9 Tropfen S	60 – 90 cm	698	2.153
MoliCare Slip 9 Tropfen M	90 – 110 cm	1.138	3.196
MoliCare Slip 9 Tropfen L	120 – 150 cm	983	3.815
MoliCare Premium Elastic 9 Tropfen S	70 – 90 cm	947	2.546
MoliCare Premium Elastic 9 Tropfen M	85 – 120 cm	785	3.521
MoliCare Premium Elastic 9 Tropfen L	115 – 145 cm	952	3.856
MoliCare Premium Elastic 9 Tropfen XL	140 – 175 cm	1.136	3.951
MoliCare Premium Elastic 10 Tropfen S	70 – 90 cm	931	2.771
MoliCare Premium Elastic 10 Tropfen M	85 – 120 cm	1.264	3.696
MoliCare Premium Elastic 10 Tropfen L	115 – 145 cm	1.303	4.279
MoliCare Premium Elastic 10 Tropfen XL	140 – 145 cm	1.293	4.380
MoliCare Premium Mobile 10 Tropfen M	80 – 120 cm	792	2.626
MoliCare Premium Mobile 10 Tropfen L	100 – 50 cm	801	2.613
MoliCare Premium Mobile 10 Tropfen XL	130 – 170 cm	971	2.757

#### Produkttempfehlung bei Stuhlinkontinenz

Inkontinenzvorlagen	Maße	Saugleistung*	
		ABL** max. in g (ml)	ISO max. in g (ml)
MoliCare Premium Form STOOL	69,0 x 30,0 cm	321	1.295



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

\* Saugleistungen Stand: 10/2022

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