



Versicherungsnehmer:

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Geb. _____

Krankenkasse: _____

Datum _____

Vers. _____

Ansprechpartner: _____

Nummer: _____

Kontaktperson:

Kunde

Betreuer

Pflegekraft

Name: _____

Ermittlung Inkontinenzschweregrad:

Flüssigkeitszufuhr pro Tag:

Urin

bis 1.000 ml

Stuhl

mehr als 1.000 ml

beides

über 2.000 ml

Ausscheidung:

Urin:

Tröpfchen

größere Mengen

gesamte Blasenfüllung

Stuhl:

fest

weich

flüssig

Medikamenteneinnahme zur
Beeinflussung der Ausscheidung:

Ja, welche?

Nein

Mobilität:

mobil

eingeschränkt

Rollstuhl

bettlägerig

Konfektion:

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

XS S M L XL

Pflegegrad:

1 2 3 4 5 Nein

Bemusterung?

Einlagen

Vorlagen

Klebewindeln

Pants/Höschen

An?

Pflegedienst

Kunde

Pflegedienst:

Stempel