

# Anamnesebogen zur Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzprodukten



## 1. Allgemeine Kundendaten

Vorname:

Nachname:

Straße, Hausnummer:

PLZ und Ort:

Telefonnummer:

Lieferanschrift (falls abweichend): Straße, Hausnummer:

PLZ und Ort:

Krankenkasse:

Gesetzliche Zuzahlung:      befreit                      nicht befreit

Pflegegrad:                      ja                      nein                      beantragt

Erhalten Sie bereits Pflegehilfsmittel?                      ja                      nein

Beziehen Sie bereits Inkontinenz-hilfsmittel über einen anderen Leistungserbringer?                      ja                      nein                      ich kaufe privat (z.B. im Drogeriemarkt)

---

## 3. Aktuelle Inkontinenzversorgung

Einlagen mit Klebestreifen      Ggf. Produktname:

Vorlagen

Windeln

Windelhosen (Pants)

---

## 4. Körperliche Verfassung

Beurteilung der Hautumgebung im Gesäßbereich

Haut unauffällig    Leichte Rötung    Juckreiz    Wundsein    Hautnässen    Sonstiges:

Verwenden Sie Katheter? Wenn ja, welche Art?

Nein      Dauerkatheter      Suprapubischer Katheter      Einmalkatheter

## 5. Inkontinenzart / Schweregrad

Inkontinenzart:	nur Urin	nur Stuhl	Urin und Stuhl		
Toilettengang:	mobil	mit Hilfe	bettlägrig		
Versorgung durch:	Pflegedienst	Pflegekraft	Angehörige	selbstständig	
Wechsel der Hilfsmittel:	ja	nein			
Trinkmenge pro Tag:	bis 1000 ml	mehr als 1000 ml	mehr als 2000 ml		
Konfektionsgröße:	XS	S	M	L	XL

### a) Urininkontinenz

leichte (mind. 100 ml in 4 Stunden)

- Ist Ihr Harnverlust tröpfchenweise oder geht der Urinverlust als Spritzer ab?
- Gehen kleinere Mengen Urin beim Husten, Niesen, Pressen und Lachen ab?

mittlere (mind. 200 ml in 4 Stunden)

- Ist Ihr Harnverlust eher schwallartig, verlieren Sie eine größere Menge an Urin?
- Geht der Urin im Schwall als größere Mengen (z.B. beim Aufstehen ab)?
- Haben Sie das Gefühl Sie geben stetig Urin ab?

schwere (mind. 300 ml in 4 Stunden)

- Verlieren Sie ständig größere Mengen Urin?
- Entleert sich die Blase fast vollständig?
- Haben Sie das Gefühl eines weitgehenden Kontrollverlusts der Blase?

### b) Stuhlinkontinenz

keine

leicht (verlieren Sie bei Blähungen leichten Schmierstuhl?)

mittel (verlieren Sie unkontrolliert wenig flüssigen Stuhl oder neigen Sie zu gelegentlichem geringen Stuhlabgang?)

schwer (verlieren Sie unkontrolliert den gesamten flüssigen und normalen Stuhlgang?)

---

## 6. Auswahl der Produkte

Erhalten Sie Muster von Mediroent?	ja	nein	
Kennen Sie ein von Mediroent lieferbares Produkt und verzichten auf Bemusterung?	ja	nein	
Wünschen Sie eine höherwertige, aber dafür aufzahlungspflichtige Versorgung?	ja	nein	ich bin mir unsicher

---

## 7. Bemerkungen / Sonstiges

Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen per E-Mail an:  
[info@mediroent.de](mailto:info@mediroent.de)

Datum

Unterschrift