

Erhebungsbogen für die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 11 „Hilfsmittel gegen Dekubitus“

Erhebungsdatum: _____

| | | | |
|------------------------------------|---|--|---|
| Erhebungart: | Ersterhebung <input type="checkbox"/> | Folgerhebung <input type="checkbox"/> | |
| Erhebungsanlass: | Erstversorgung <input type="checkbox"/> | Folgeversorgung <input type="checkbox"/> | Umversorgung <input type="checkbox"/> |
| Erhebungsort: | Häusliches Umfeld <input type="checkbox"/> | Vollstationäre Pflege- einrichtung <input type="checkbox"/> | Kurzzeitpflege- einrichtung <input type="checkbox"/> |
| | Krankenhaus <input type="checkbox"/> | Rehabilitations- einrichtung <input type="checkbox"/> | Anderer Ort <input type="checkbox"/> , und zwar |
| Anwendungsort des Hilfsmittels: | Häusliches Umfeld <input type="checkbox"/> | Vollstationäre Pflege- einrichtung <input type="checkbox"/> | Kurzzeitpflege- einrichtung <input type="checkbox"/> |
| | Anderer Ort <input type="checkbox"/> , und zwar | | |

Stammdaten der Versicherten/des Versicherten

| | | |
|---|-----------------------------------|----------------------|
| Name: _____ | Vorname: _____ | Geburtsdatum: _____ |
| Geschlecht: weiblich <input type="checkbox"/> | männlich <input type="checkbox"/> | Telefon: _____ |
| Anschrift: _____ | | |
| Krankenkasse: _____ | Versichertennummer: _____ | |
| Behandelnder Arzt: _____ | Telefon: _____ | |
| Pflegegrad: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad <input type="checkbox"/> Pflegegrad beantragt <input type="checkbox"/> | | |
| Pflegerische Versorgung/Hilfen: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , durch: Angehörige/Bekannte/Nachbarn <input type="checkbox"/> durch Pflegedienst/Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> | | |
| ggf. Kontaktdaten: _____ | | |
| Diagnose(n) laut ärztlicher Verordnung: _____ | | |
| Diabetes mellitus: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | | |
| Durchblutungsstörungen: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | | |
| Sauerstoffversorgung: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | | |
| Ernährungssonde/PEG-Sonde: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | | |
| Kontrakturen: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | | |
| Harninkontinenz: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | | |
| Stuhlinkontinenz: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | | |
| Allergien: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wenn ja, welche: _____ | | |
| Weitere Erkrankungen: _____ | | |
| Körpergröße: _____ | m | Gewicht: _____ kg |



Versorgung mit Hilfsmitteln, die im Bett als Liegehilfen genutzt werden

Trifft nicht zu

Liegesituation der Versicherten oder des Versicherten im Bett

| | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Sind <u>Eigenbewegungen</u> der Versicherten oder des Versicherten im Bett möglich? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Wird der Oberkörper überwiegend hochgelagert (Sitzposition“)? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Sind häufige Positionswechsel zur Sekretmobilisation mit dem Ziel der Atem- leichterung notwendig? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Liegen weitere bisher nicht erfasste Risiken vor? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche: | | |
| Werden zusätzlich Lagerungshilfsmittel benötigt? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche: | | |

Versorgung mit Hilfsmitteln, die im Sitzen genutzt werden (Sitzhilfen/Kissen)

Trifft nicht zu

Sitzsituation der Versicherten oder des Versicherten

| | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| Wie lange wird die Versicherte oder der Versicherte durchschnittlich <u>ununterbrochen am Stück auf der Sitzhilfe/dem Kissen verweilen?</u> | ca. | Stunde(n) |
| Wie lange wird die Versicherte oder der Versicherte durchschnittlich <u>insgesamt pro Tag auf der Sitzhilfe/dem Kissen verweilen?</u> | ca. | Stunde(n) |
| Besteht bei der Versicherten oder dem Versicherten Sitzinstabilität? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Sitzt die Versicherte oder der Versicherte asymmetrisch? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Kann die Versicherte oder der Versicherte sensitive Reize im Sitzbereich wahrnehmen? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Belastet die Versicherte oder der Versicherte bestehende oder abgeheilte Wunden beim Sitzen? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Ist die Versicherte aktive Rollstuhlfahrerin oder der Versicherte aktiver Rollstuhlfahrer? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Ist die Versicherte passive Rollstuhlfahrerin oder der Versicherte passiver Rollstuhlfahrer? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Erfolgt der Transfer von der Sitzgelegenheit in den Rollstuhl und zurück aktiv? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Erfolgt der Transfer von der Sitzgelegenheit in den Rollstuhl und zurück passiv? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Wird das Hilfsmittel auf verschiedenen Sitzgelegenheiten genutzt? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, auf welchen: | | |

Versorgungsempfehlung

Empfehlung einer Produktart/eines konkreten Hilfsmittels (Positionsnummer und Bezeichnung) mit Begründung:

Angaben zur geschulten Fachkraft

Name der geschulten Fachkraft:

Qualifikation:

Name des Leistungserbringers:

Adresse:

Telefonnummer:

Bestätigung der geschulten Fachkraft, dass die Erhebung vor Ort durchgeführt wurde

Ort, Datum

Unterschrift der geschulten Fachkraft

Einverständniserklärung/Bestätigung der vor Ort durchgeführten Erhebung

Die oder der Versicherte bzw. die Betreuerin oder der Betreuer (gemäß Seite 1) bestätigt, dass die Erhebung zur Versorgung mit einem Hilfsmittel gegen Dekubitus vor Ort erfolgt ist. Außerdem bestätigt sie oder er, dass sie oder er mit der Erhebung der Daten und der Weitergabe gemäß der Datenschutzerklärung einverstanden ist:

Ort, Datum

Name (Druckbuchstaben)

Unterschrift Versicherte oder Versicherter/
Betreuerin oder Betreuer

Datenschutzerklärung

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Die vorgenannten Daten sind zur Beurteilung der konkreten Hilfsmittelversorgung erforderlich. Die Daten werden zur Leistungsentscheidung und zur Abrechnung an die Krankenkasse übermittelt. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung und Datenübermittlung sind §§ 294 in Verbindung mit § 302 Abs. 1 SGB V. Die Erteilung der Auskunft an den Leistungserbringer ist Voraussetzung für die Gewährung der beantragten Leistungen. Bei fehlender Mitwirkung kann die Leistung ganz oder teilweise versagt werden (§ 66 SGB I).