

**Fragebogen zur Bemusterung / Inkontinenzproben**

Anamnese: *Harninkontinenz*

Name: Herr/Frau

Geb. am:

Telefon:

Anschrift:

Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

Hatten Sie schon eine Vorversorgung?

Ja

Nein

Wenn **ja**, welches Produkt haben Sie benutzt?

.....

Vorlagen?

Windeln?

Menge pro Tag

.....

Sind Sie bettlägerig?

Ja

Nein

Gehen Sie auf die Toilette?

Ja

Nein

Wie oft pro Tag? .....

Wie viel trinken Sie am Tag? ..... Liter

Verlieren Sie unkontrolliert Urin?

Ja

Nein

– Sind es nur ein paar Tropfen?

Ja

Nein

– Wie oft? ..... Mal pro Tag

– Tröpfelinkontinenz, Urinverlust bis 50 ml in 4 Stunden

– Leichte Inkontinenz, Urinverlust zwischen 50-100 ml in 4 Stunden

– Mittlere Inkontinenz, Urinverlust zwischen 100-200 ml in 4 Stunden

– Schwere Inkontinenz, Urinverlust 200-300 ml in 4 Stunden

– Sehr schwere Inkontinenz, Urinverlust über 300 ml in 4 Stunden

Sind Sie auch stuhlinkontinent?

Ja

Nein

Welche Umfang- oder Konfektionsgröße haben Sie? .....

Haben Sie einen Dauerkatheter?

Ja

Nein

Haben Sie einen Pflegegrad?

Ja  Grad: .....

Nein

(auch bei Pflegegrad 1 besteht Anspruch auf 40,00 € Pflegehilfsmittel mtl.! evtl. Antrag stellen)

25/01.10/09

**Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. §§ 78 Abs. 1 i. V. m. § 40 Abs. 2 SGB XI**

**Antrag auf Kostenübernahme**

.....  
(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Pflegekasse, Versichertennummer)

.....  
(Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

Telefonnummer

Mitarbeiter, Filialnummer

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001
Fingerlinge	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
Mundschutz	54.99.01.2001
Schutzschürzen Einmalgebrauch	54.99.01.3001
Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

.....  
(Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

PG 54  
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages  
Nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG 54 Beihilfeberechtigung  
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages  
Nach § 40 Abs. 2 SGB XI

- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter
- PG51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter

.....  
(Datum)

.....  
(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)



**Ihr Servicepartner**  
Ortho team Willecke  
Sanitätshaus Willecke  
Zur Eisenhütte 5-8  
46047 Oberhausen  
Tel.: 0208-85 84 50  
Fax : 0208-85 84 555

# Antrag auf Pflegehilfsmittel

Sehr geehrte Damen und Herren,

laut § 40 Abs. 1 SGB XI, in dem der Anspruch auf Pflegehilfsmittel geregelt ist, beantrage/n ich/wir, wie vorgesehen formlos, für Herrn/Frau

Name:

Straße:

Geb.:

Pflegekasse:

Folgende Pflegehilfsmittel:

HiMi Pos.-Nr. / Hilfsmittel	Anz	Artikel
<b>Produktgruppe 50 (Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege)</b>		
50.45.01 Pflegebett		<b>Pflegebett</b> , motorisch höhenverstellbar, inklusive <b>Seitengitter</b> und <b>Bettgalgen</b> als Aufrichthilfe
50.45.02 Pflegebetten-Zubehör		<b>Bettleiter</b> als Aufrichthilfe (Kunststoff, weiß, belastbar bis max. 80 kg) <b>AT 15441</b>
50.45.03 Bettzurichtungen z. Pflege erleichterung		<b>Einlegerahmen</b> , Pflegegitterrost mit motorischer Kopf-, Bein- und Höhenverstellung
50.45.04 Spezielle Pflegebettische		<b>Beistelltisch</b> , höhen- und neigungsverstellbar
50.45.06 Sitzhilfen zur Pflege erleichterung		<b>Anti-Gleitkissen</b> , verhindert das Herunterrutschen beim Sitzen im Bett (40 x 50 cm, Petermann, PM-8050) <b>AT 1012470</b>
<b>Produktgruppe 51 (Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Hygiene)</b>		
51.45.01 Produkte zur Hygiene im Bett		<b>Bettpfanne / Steckbecken</b> (Art. 1737694 / <b>AT 78</b> )
51.45.01 Produkte zur Hygiene im Bett		<b>Urinflasche</b> (Art. 8127533 / <b>AT 3273</b> )
51.45.01 Produkte zur Hygiene im Bett		<b>Urinflaschenhalter</b> (Art. 1979150 / <b>AT 3276</b> )
51.45.01 Produkte zur Hygiene im Bett		<b>Urinschiffchen</b> (Art. 3055013 / <b>AT 10490</b> )
51.45.01 Produkte zur Hygiene im Bett		<b>Bettschutzeinlage</b> wieder verwendbar, <b>mit</b> Stoffstreifen (Art. SC4034 / <b>AT-1066232</b> )
51.45.01 Produkte zur Hygiene im Bett		<b>Bettschutzeinlage</b> wieder verwendbar, <b>ohne</b> Stoffstreifen (Art. SC4032 / <b>AT-1066231</b> )
51.45.01 Waschsysteme		<b>Kopfwaschwanne</b> , aufblasbar (Art. 8480554 / <b>AT7103</b> )
51.45.01 Waschsysteme		<b>Ganzkörperwaschsystem</b> , wasserdichte Matratzenauflage als Duschwanne m. Ablauf (inklusive Satz Schnellscanner) <b>AT 1010576</b>
51.45.02 Extremitätenspreizer		<b>Extremitätenspreizer</b> (Art. 503100 / <b>AT 1013418</b> )
<b>Produktgruppe 52 (Pflegehilfsmittel zur selbstständigeren Lebensführung / Mobilität)</b>		
52.40.01 Notrufsysteme		Hausnotrufgerät, Signalnotruf mit Funksender <b>AT 1013871</b>
<b>Produktgruppe 53 (Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden)</b>		
53.45.01 Lagerungsrollen		<b>Seitenlagerungskissen 180 x 31 cm</b> (Art. NEG os10 / <b>AT 1018624</b> ). Inklusive Bezug blau
<b>Sonstige Pflegehilfsmittel</b>		

Ich nutze das Recht der freien Wahl des Hilfsmittellieferanten.

Als Hilfsmittellieferant wähle ich das Sanitätshaus Willecke, Zur Eisenhütte 5, 46047 Oberhausen. Die Kosten sollen direkt vom Sanitätshaus Willecke mit der Pflegekasse gegen Vorlage des Lieferscheins/ bzw. der Empfangsbestätigung abgerechnet werden.

**Bemerkungen:**

---

---

---

(Datum)

(Unterschrift des Pflegebedürftigen, dessen gesetzlichen Betreuers oder einer Vertrauensperson)