

BERATUNGSBOGEN

Inkontinenz

PERSÖNLICHE DATEN

Frau Herr

Lieferanschrift

Name*

Vorname*

Straße und Hausnummer*

PLZ /Ort*

Telefon*

E-Mail

Curama-Kunden-Nr. (wenn vorhanden)

Geburtsdatum*

Krankenkasse*

Versichertennummer*

ANSPRECHPARTNER / GESETZLICHER BETREUER (falls zutreffend)

Frau Herr

Lieferanschrift

Name*

Vorname*

Straße und Hausnummer*

PLZ /Ort*

Telefon*

E-Mail

ABWEICHENDE LIEFERANSCHRIFT (falls zutreffend)

Name*

Vorname*

Straße und Hausnummer*

PLZ /Ort*



FRAGEBOGEN

1. Wie äußert sich die Inkontinenz?

- Harninkontinenz Stuhlinkontinenz Harn- und Stuhlinkontinenz

2. Bisher genutzte Produkte (falls zutreffend)

- Erstmalige Versorgung Folgeversorgung

ca. _____ Stück/24Std.

Hersteller: _____

Produktbezeichnung: _____

Größe: _____ cm × _____ cm mit Klebestreifen ohne Klebestreifen

Wunschprodukt: _____

3. Wie viel Urin/Stuhl verlieren Sie insgesamt ungewollt (Tag & Nacht)?

- Eine kleine Menge Eine große Menge Jeweils komplette Entleerung

4. Wann tritt bei Ihnen die Inkontinenz auf?

- Tag/Nacht gleich Tagsüber deutlich mehr Nachts deutlich mehr

5. Nehmen Sie regelmäßig entwässernde Medikamente ein?

- Keine Blutdrucksenker Diabetes-Medikamente Abführmittel

6. Nutzen Sie bereits andere medizinische Hilfsmittel?

- Nichts Blasenkatheter Sondennahrung

7. Liegen weitere Einflussfaktoren vor?

- Keine Demenz OP

8. Wie mobil sind Sie?

- Mobil Eingeschränkt mobil Rollstuhl Bettlägerig

9. Gehen Sie selbstständig zur Toilette?

- ja nein

10. Hilft Ihnen jemand bei der täglichen Inkontinenzversorgung?*

- Ja Nein

11. Haben Sie einen Pflegegrad?

- nein 1 2 3 4 5

12. Trinkmenge über 24 Stunden*

- weniger als 1 Liter ca. 1 - 1,5 Liter ca. 1,5 - 2 Liter mehr als 2 Liter

13. Wie oft wechseln Sie Ihr Inkontinenzprodukt?

- 1x täglich bis 3x täglich bis 6x täglich mehr als 6x täglich

14. Haben Sie empfindliche Haut oder Hautprobleme?

- Ja Nein

15. Angaben zu Körpermaßen und Kleidergröße

Gewicht _____ kg Körpergröße _____ cm Kleidergröße _____

16. Welche Kriterien sind Ihnen besonders wichtig? (Mehrfachauswahl möglich)

- Tragekomfort Diskretion Saugleistung Hautverträglichkeit

ZUZAHLUNG*

- Ich bin zuzahlungsbefreit.

BERATUNG

- Ich benötige eine Beratung zur Produktauswahl, bitte nehmen Sie telefonisch Kontakt zu mir auf.

GRATISPROBEN FÜR INKONTINENZPRODUKTE

Bitte schicken Sie mir Gratisproben zu.

- Einlagen/Vorlagen Klebewindel Pants/Windelhose

- Ich verpflichte mich, der Curama GmbH über versorgungsrelevante Änderungen in meinen persönlichen Verhältnissen unverzüglich bei einem Wohnortwechsel und Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung zu informieren. Ich bin informiert, dass ich die Kosten einer zusätzlichen Versorgung selbst trage.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Curama GmbH, Liebigstraße 2-20, 22113 Hamburg, die von mir zuvor gemachten Angaben verarbeitet, um mich über (Pflege)Hilfsmittel, Produkte zur Inkontinenz- und Wundversorgung, Hör-, Seh- und Gehhilfen zu informieren. Meine Einwilligung bezieht sich ausdrücklich auch auf die Verarbeitung von Gesundheitsdaten als besondere Kategorie personenbezogener Daten. Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an info@curama.de oder per Post an Curama GmbH, Liebigstraße 2-20, 22113 Hamburg widerrufen.

Ihre zuvor gemachten Angaben werden an die Curama GmbH, Liebigstraße 2-20, 22113 Hamburg übermittelt.
Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Curama GmbH können Sie den beigefügten Datenschutzhinweisen entnehmen, welche auch unter www.curama.de/datenschutzerklaerung abrufbar sind.

X

Ort, Datum

Unterschrift des Anspruchsberechtigten, Betreuer oder Bevollmächtigten

X

Ort, Datum

Unterschrift des Curama-Mitarbeiters

