

Anamnesebogen

Erstberatung und Erstversorgung des Versicherten

Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____
 Anschrift: _____ Versichertennummer: _____
 Telefonnummer: _____ Kontakt zu uns? _____
 Zuzahlungsbefreiung ja nein Pflegegrad wenn ja, welche Stufe?

2. Schritt: Ihre persönliche Situation.

Diagnose: _____ Auf Rezept? ja nein
 Inkontinenzart: nur Urin Urin + Stuhl nur Stuhl
 Vorerfahrung Inkontinenzprodukte? ja nein Trinkmenge pro Tag: _____ Liter
 Mobilität: mobil eingeschränkt mobil Rollstuhl
 bettlägerig Rollator Gehstöcke
 Toilettengang: selbstständig mit Hilfe Versorgung im Bett
 Versorgung durch: Pflegedienst Pflegekraft Angehörige selbstständig
 Medikamentenannahme ja wenn ja: Wassertabletten Betablocker
 Bemusterung: Konfektionsgröße Hüftumfang erhaltene Muster:
 Gewicht Größe
 Ihre Tagversorgung Ihre Nachtversorgung Ihre Sonderversorgung