

# Fragebogen zur Versorgungssituation mit saugenden Inkontinenzhilfen

## 1. Allgemeine Angaben zur Person

Alter ..... Geschlecht: männlich  weiblich  ggf. Pflegestufe: ..... Wohnort (nur PLZ): .....

## 2. Allgemeine Angaben zur bestehenden Inkontinenz (Mehrfachnennung möglich)

Welche Inkontinenz haben Sie bzw. Ihr Angehöriger?

Belastungsincontinenz:  Grad I (Harnverlust beim Husten, Niesen, Lachen)

Grad II (Harnverlust beim Gehen und Aufstehen)

Grad III (Harnverlust auch im Liegen)

Dranginkontinenz:  Überaktive Blase mit teilweiser Blasenentleerung

Überaktive Blase mit vollständiger Blasenentleerung

Reflexinkontinenz:  vollständige Blasenentleerung ohne Harndrang (neurologische Ursachen)

Stuhlinkontinenz:  Grad I (Unkontrollierter Abgang von Winden, gelegentlich von Schleim)

Grad II (Unkontrollierter Abgang von dünnem und gelegentlich festem Stuhl)

Grad III (Stuhl und Winde gehen vollständig unkontrolliert ab)

Nächtliches Einnässen:  (Bettnässen)

Sonstige Inkontinenz:  .....

## 3. Fragen zu verwendeten Hilfsmitteln (Mehrfachnennung möglich)

Welche saugenden Inkontinenzhilfen verwenden Sie zurzeit?

Anzahl pro Tag

Rechteckvorlagen .....

Anatomisch geformte Vorlagen .....

Netzhosen ..... (pro Monat)

Windelhosen mit Klebe- oder Klettverschluss .....

Windelslips (Pants) .....

Sonstiges ..... .....

## 4. Fragen zur Krankenkasse

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? .....

Wurden Sie ausreichend durch die Krankenkasse über Ihre Rechte informiert?

JA  NEIN

Wurde Ihnen eine Liste mit mehreren Leistungsbringern zur Auswahl ausgehändigt?

JA  NEIN

## 5. Fragen zum Leistungsbringer und der Belieferung mit Hilfsmitteln

Der Leistungsbringer ist: am Ort  regional (bis 30km)  überregional

Die Versorgung geschieht durch:

Apotheke  Sanitätshaus  Homecare Unternehmen  sonstige .....

Die Belieferung erfolgt:

Monatlich  vierteljährlich  jährlich  durch Abruf  sonstige .....

Die Belieferung erfolgt durch:

Selbstabholung  Lieferservice  Paketdienst  sonstige: .....

Werden die Hilfsmittel in neutraler Verpackung geliefert:

JA  NEIN

### 6. Fragen zur Zuzahlung und wirtschaftlichen Aufzahlung

Sind Sie von der gesetzlichen Zuzahlung Befreit: JA  NEIN

Wie hoch ist Ihre gesetzliche Zuzahlung pro Monat: ca. \_\_\_\_\_ €

Wie hoch ist Ihre wirtschaftliche Aufzahlung pro Monat: ca. \_\_\_\_\_ €

### 7. Beratung durch den Leistungsbringer

Die Beratung durch den Leistungsbringer erfolgte:

persönlich  telefonisch  schriftlich  keine

Wie ausführlich war die Beratung (1= sehr ausführlich, 6= nicht ausführlich):

1  2  3  4  5  6

Wurden der Inkontinenz entsprechend passende Produkte ohne wirtschaftliche Aufzahlung angeboten?

JA, mehrere Produkte  JA, nur ein Produkt  NEIN (keine Produkte ohne Aufzahlung)

Waren die ohne Aufzahlung angebotenen Produkte aus Ihrer Sicht für Sie passend?

JA  NEIN

### 8. Wie zufrieden sind Sie mit den gelieferten Hilfsmitteln, dem Leistungsbringer und der Beratung? (1 = sehr gut, 6 = sehr schlecht)

Art und Qualität der gelieferten Produkte: 1  2  3  4  5  6

Auswahl an verschiedenen Produkten: 1  2  3  4  5  6

Anzahl der gelieferten Produkte: 1  2  3  4  5  6

Häufigkeit der Belieferung: 1  2  3  4  5  6

Zufriedenheit mit dem Leistungsbringer 1  2  3  4  5  6

Zufriedenheit mit der Beratung 1  2  3  4  5  6

### 9. Anmerkungen

Hier können Sie Ihre Anmerkungen, Anregungen und Wünsche vorbringen:

.....  
.....  
.....