

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

Erhebungsdatum: _____

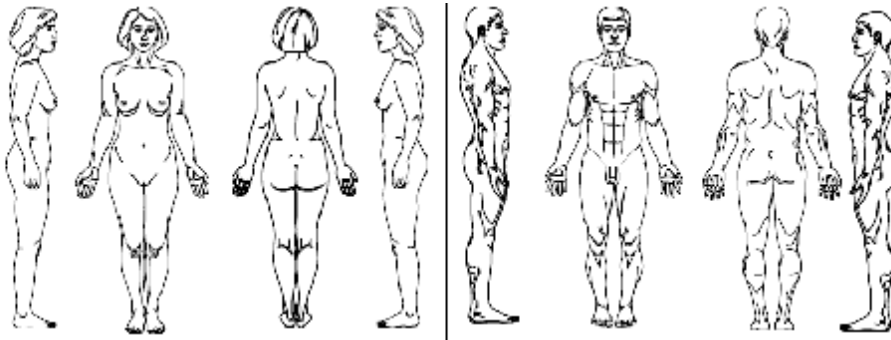
Erhebungart:	Ersterhebung <input type="checkbox"/>	Folgerhebung <input type="checkbox"/>	
Erhebungsanlass:	Erstversorgung <input type="checkbox"/>	Folgeversorgung <input type="checkbox"/>	Umversorgung <input type="checkbox"/>
Erhebungsort:	Häusliches Umfeld <input type="checkbox"/>	Vollstationäre Pflege- 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



Dokumentation gefährdeter Körperstellen bzw. bereits bestehender Dekubiti



(o = gefährdeter Bereich, x = bestehender Dekubitus)

Beschreibung des/der dokumentierten Dekubitus/Dekubiti

	Dekubitus (x 1)	Dekubitus (x 2)	Dekubitus (x 3)	Dekubitus (x 4)
Kategorie/Stadium				
Durchmesser bzw. Länge/Breite				
Tiefe				

ggf. weitere Erläuterungen/Angaben zur Wundversorgung:

Lag(en) in der Vergangenheit bereits ein Dekubitus/Dekubiti vor? nein ja

Wenn ja, Angabe des Zeitpunkts, der Lokalisation(en), des (jeweiligen) Kategorie/Stadium:

Braden-Skala (komprimierte Form) zur Bewertung des Dekubitusrisikos

	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	Punkte
Sensorische Wahrnehmung	Vollständig eingeschränkt	Stark eingeschränkt	Leicht eingeschränkt	Keine Einschränkung	
Feuchtigkeit (Haut)	Ständig feucht	Sehr feucht	Gelegentlich feucht	Selten feucht	
Aktivität	Bettlägerig	Sitzfähig	Gelegentlich gehfähig	Mobil gehfähig	
Beweglichkeit	Vollständig immobil	Stark eingeschränkt	Leicht eingeschränkt	Keine Einschränkung	
Ernährung	Stark eingeschränkt	Eher eingeschränkt	Adäquat	Keine Einschränkung	
Reibungs-Scherkräfte	Problematisch	Wenig problematisch	Unproblematisch	Summe Punkte gesamt	

Beurteilung: 11 Punkte und weniger Punkte = hohes bis höchstes Risiko,

16 Punkte bis 12 Punkte = mittleres Risiko, 23 Punkte bis 17 Punkte = geringes Risiko

Versorgung mit Hilfsmitteln, die im Bett als Liegehilfen genutzt werden

Trifft nicht zu

Liegesituation der Versicherten oder des Versicherten im Bett

Sind Eigenbewegungen der Versicherten oder des Versicherten im Bett möglich? nein ja

Wird der Oberkörper überwiegend hochgelagert (Sitzposition“)? nein ja

Sind häufige Positionswechsel zur Sekretmobilisation mit dem Ziel der Atem-
leichterung notwendig? nein ja

Liegen weitere bisher nicht erfasste Risiken vor? nein ja

Wenn ja, welche:

Werden zusätzlich Lagerungshilfsmittel benötigt? nein ja

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
ununterbrochen am Stück auf der Sitzhilfe/dem Kissen verweilen? ca. Stunde(n)

Wie lange wird die Versicherte oder der Versicherte durchschnittlich
insgesamt pro Tag auf der Sitzhilfe/dem Kissen verweilen? ca. Stunde(n)

Besteht bei der Versicherten oder dem Versicherten Sitzinstabilität? nein ja

Sitzt die Versicherte oder der Versicherte asymmetrisch? nein ja

Kann die Versicherte oder der Versicherte sensitive Reize im Sitzbereich
wahrnehmen? nein ja

Belastet die Versicherte oder der Versicherte bestehende oder
abgeheilte Wunden beim Sitzen? nein ja

Ist die Versicherte aktive Rollstuhlfahrerin oder der Versicherte
aktiver Rollstuhlfahrer? nein ja

Ist die Versicherte passive Rollstuhlfahrerin oder der Versicherte
passiver Rollstuhlfahrer? nein ja

Erfolgt der Transfer von der Sitzgelegenheit in den Rollstuhl und
zurück aktiv? nein ja

Erfolgt der Transfer von der Sitzgelegenheit in den Rollstuhl und
zurück passiv? nein ja

Wird das Hilfsmittel auf verschiedenen Sitzgelegenheiten genutzt? nein ja

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).