Bedarfserhebungsbogen für die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen der Produktgruppe 15 „Inkontinenzhilfen“

In Übereinstimmung mit den Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß § 127 Absatz 9 SGB V erstellt der GKV-Spitzenverband Bedarfserhebungsbögen im Rahmen von Fortschreibungen der Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses gemäß § 139 SGB V.

Die Bedarfserhebungsbögen dienen der Feststellung und Erfassung der versorgungsrelevanten Informationen über die Versicherte oder den Versicherten, die Art und den Umfang der Versorgung, ggf. vorhandene zusätzliche Beeinträchtigungen und/oder Erkrankungen sowie etwaige Vorversorgungen.

Die Bögen sind für die Leistungsgewährung durch die Krankenkassen grundsätzlich nicht verpflichtend. Die Entscheidung über die Verwendung der Bedarfserhebungsbögen obliegt den Vertragspartnern gemäß § 127 SGB V. Ergänzungen zu den Bedarfserhebungsbögen können zwischen den Vertragspartnern einvernehmlich vereinbart werden. Die gesetzlichen Vorschriften über den Datenschutz (insbes. DSGVO, BDSG, § 35 SGB I, §§ 67 – 85a SGB X) sind von den Nutzern des Bedarfserhebungsbogens als datenschutzrechtlich verantwortliche Stellen eigenverantwortlich zu beachten (z. B. eventuelle Einwilligungs- und Informationserfordernisse).

Personendaten

Erhebungsdatum:			
Name:	Vorname:		Geburtsdatum:
Geschlecht:	weiblich ☐	männlich ☐	divers ☐
zusätzliche Angaben:			
Größe in Kg:	Größe in cm:		Konfektionsgröße:
Versorgungsstatus:	Erstversorgung ☐		Folge/-Umversorgung ☐

Bisherige vorhandene Hilfsmittelversorgung (soweit für diese Versorgung relevant und bekannt):

MUSTER

Inkontinenzart

Harninkontinenz ☐ Stuhlinkontinenz ☐ Harn- und Stuhlinkontinenz ☐

Umgebungshaut

Hautzustand

intakt ☐ gerötet ☐ lädiert ☐ mazeriert ☐

Allergie

keine ☐ liegt vor ☐ Angabe der Allergie:

Mobilität

komplett bettlägerig	☐	teilweise bettlägerig	☐
rollstuhlpflichtig	☐	mobil mit Gehhilfen (Stützen, Rollator)	☐
mobil im häuslichen Umfeld	☐	uneingeschränkt mobil	☐

Toilettengang

selbständig ☐ mit Hilfe ☐ Versorgung im Bett ☐

Versorgungsempfehlung

Empfehlung einer Produktart/eines konkreten Hilfsmittels (Positionsnummer und Bezeichnung) mit Begründung, sofern weitere spezifische Umstände vorliegen:

MUSTER

Angaben zur Fachkraft

Name der Fachkraft:

Name des Leistungserbringers:

Bestätigung der Fachkraft, dass die Erhebung durchgeführt wurde:

Datum, Ort	Name (Druckbuchstaben)	Unterschrift der Fachkraft

MUSTER