

Erhebungsbogen für die Versorgung mit Antidekubitus-Hilfsmitteln (Sitzhilfen/Kissen)

Ersterhebung

Folgerhebung

Umversorgung

Anlass: _____

1. Stammdaten des Versicherten

Name des/der Patienten/in: _____

Krankenkasse: _____

Krankenversicherungs-Nr.: _____

Kunden-Nr. des Patienten beim Leistungserbringer: _____

Alter: _____ Jahre

Geschlecht: männlich weiblich

Aktueller Wohnort des/der Patienten/in: _____

Tel.-Nr.: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

2. Pflegeperson

Ansprechpartner abweichend vom Versicherten (Name, Anschrift, Telefonnummer)

Angehörige(r)/Laie _____

Betreuer _____

Pflegedienst _____

stationäre Pflegeeinrichtung _____

3. Diagnosen (ICD 10) und Besonderheiten der Pflegesituation

4. Pflegegrad

keiner 1 2 3 4 5

beantragt

5. Risikoerhebung

Kriterien zur Auswahl eines Antidekubitus-Kissens:

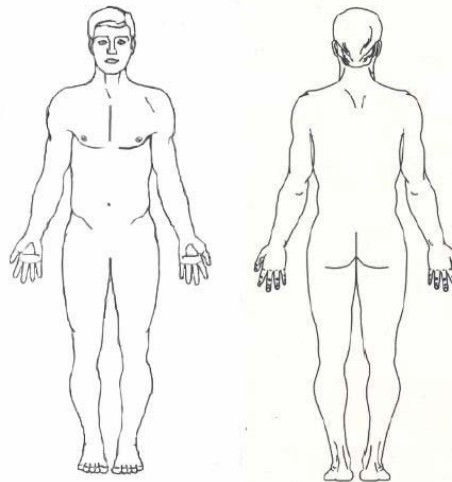
Für die Entscheidung zu einem Hilfsmittel ist wesentlich, welche Therapie- und Versorgungsziele mit dem Patienten/Betroffenen angestrebt werden (z. B. unabhängige Mobilität, selbstständiger Transfer, erhöhte Sitztoleranz, Verbesserung der Sitzposition). Um die angestrebten Ziele zu erreichen, müssen die Hilfsmittel so ausgewählt werden, dass sie die Zielerreichung unter der Prämisse einer vorgenommenen Prioritätensetzung unterstützen.

Bitte berücksichtigen Sie bei der Auswahl des Hilfsmittels zusätzlich, welche funktionellen Einschränkungen beim Patienten vorliegen. Zur Erhebung dieser Limitationen können z. B. der FIM (Functional Independence Measure) oder SCIM (Spinal Cord Independence Measure) eingesetzt werden.

5.1 Lokalisation besonders gefährdeter Körperstellen bzw. bereits bestehender Wunden

Liegt aktuell ein Dekubitus vor?

- nein
- ja, Dekubitus-Stadium _____
(Lokalisation bitte in Skizze eintragen)



5.2 Braden-Skala zur Bewertung des Dekubitusrisikos

(ausführliche Braden-Skala unter www.dekubitus-forum.de/braden-skala)

	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	Punkte
sensorisches Wahrnehmungsvermögen	<input type="checkbox"/> vollständig ausgefallen	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/> geringfügig eingeschränkt	<input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt	
Feuchtigkeit der Haut	<input type="checkbox"/> ständig feucht	<input type="checkbox"/> oft feucht	<input type="checkbox"/> manchmal feucht	<input type="checkbox"/> selten feucht	
Aktivität	<input type="checkbox"/> bettlägerig	<input type="checkbox"/> sitzt auf	<input type="checkbox"/> Gehen	<input type="checkbox"/> regelmäßiges Gehen	
Mobilität	<input type="checkbox"/> vollständige Immobilität	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/> geringfügig eingeschränkt	<input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt	
Ernährung	<input type="checkbox"/> schlechte Ernährung	<input type="checkbox"/> wahrscheinlich unzureichende Ernährung	<input type="checkbox"/> ausreichende Ernährung	<input type="checkbox"/> gute Ernährung	
Reibungs- und Scherkräfte	<input type="checkbox"/> Problem	<input type="checkbox"/> Potenzielles Problem	<input type="checkbox"/> kein feststellbares Problem		
Summe:					

Auswertung:

Bitte addieren Sie die Gesamtsumme des Patienten und werten das Ergebnis nach dem Gefährdungsgrad „kein Risiko“ bis „sehr hohes Risiko“ aus.

- > 18 Punkte = **kein Risiko**
- 18 bis 15 Punkte = **geringes Risiko**
- 14 bis 12 Punkte = **mittleres Risiko**
- 11 bis 9 Punkte = **hohes Risiko**
- < 9 Punkte = **sehr hohes Risiko**

5.3 Erhebung weiterer Risikofaktoren

- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Hat der Patient Spastiken/Kontrakturen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Ist der Patient stark atrophiert? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Ist der Patient Diabetiker? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Lag in der Vergangenheit ein Dekubitus nach EPUAP vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Sitzt der Patient auf einer bestehenden Wunde/
abgeheiltem Dekubitus? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Kann der Patient sensitive Reize im Sitzbereich nicht oder
nur eingeschränkt wahrnehmen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Leidet der/die Patient/in an dauerhaften Schmerzen?
(Schmerzerhebung ggf. als Anlage beigefügt) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Besteht Sitzstabilität oder ist z. B. das Gleichgewicht
des Benutzers eingeschränkt? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Kann der Benutzer die Sitzposition passiv oder aktiv
adäquat verändern? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Kann der Patient bewusst den Sitzbereich entlasten? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Sitzt der Benutzer asymmetrisch, z. B. wegen
Beckenschiefstand, Amputation, Skoliose, Hemiplegie? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Besteht eine Gelenkeinstellung der Hüfte? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Ist die Adduktion/Abduktion beeinträchtigt? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Liegt ein progressiver Krankheitsverlauf vor (z. B.
Multiple Sklerose – MS, Amyotrophe Lateralsklerose
– ALS), der Einfluss auf die Sitzposition nehmen kann? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Liegen weitere bisher noch nicht erfasste Risiken vor?
Wenn ja, Beschreibung der Risiken: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
-
-

Bei der Auswahl des Kissens ist die Abstimmung auf den Rollstuhl unbedingt zu beachten, da nur so die Wirkungsfähigkeit des Antidekubitus-Kissens sichergestellt werden kann.

5.4 Erhebung weiterer Entscheidungskriterien für die Wahl des Hilfsmittels – Angaben zur Rollstuhlversorgung

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Standardrollstuhl | <input type="checkbox"/> Leichtgewichtrollstuhl | <input type="checkbox"/> Aktivrollstuhl |
| <input type="checkbox"/> Starrrahmenrollstuhl | <input type="checkbox"/> Pflegerollstuhl | <input type="checkbox"/> Elektrorollstuhl |

Hersteller: _____ Modell: _____

Sitzbreite: _____ cm Sitztiefe: _____ cm Rückenhöhe: _____ cm

Höhenverstellbare Armlehnen: nein ja

Höhenverstellbare Fußrasten: nein ja

Ist der Rollstuhl an die Körpermaße des Patienten angepasst? nein ja

Wie lange sitzt der Patient durchschnittlich auf dem Kissen?

ununterbrochen am Stück _____ Stunden

insgesamt pro Tag _____ Stunden

Wird das Kissen auf verschiedenen Sitzgelegenheiten genutzt? nein ja

Wenn ja, wo und wie lange: _____

Gibt es weitere Anforderungen die sich aus den Lebensumständen oder den individuellen Bedürfnissen ergeben (z. B. Latexallergie, Patientenpräferenzen):

5.5 Auswertung der Risikoerhebung

Zusammenfassung des ermittelten Risikos

a) Gesamtsumme aller erreichten Punktwerte gemäß Braden-Skala (5.2): _____ Punkte

b) Betrachtung der zusätzlichen Faktoren:

Liegt ein weiterer Risikofaktor laut der Punkte 5.3 und/oder 5.4 führt dies zu einer Risikoerhöhung um eine Stufe.

Daraus folgt die abschließende Risikoeinteilung:

kein/geringes Risiko mittleres Risiko hohes Risiko sehr hohes Risiko

c) zusätzliche Anmerkung zur Risikobeurteilung durch die Fachkraft:

6. Wurde vor dieser Erhebung bereits mit einem Antidekubitus-Hilfsmittel versorgt?

nein ja

Wenn ja, mit welchem?

Bitte nennen Sie den Produktnamen und die Art des Antidekubitus-Hilfsmittels:

Gab es Probleme damit?

nein ja

Wenn ja, welche? _____

7. Versorgungsvorschlag

Unter Berücksichtigung des zuvor erhobenen und dokumentierten Status wird die Versorgung mit _____ vorgeschlagen.

Ggf. Angabe der Produktart: _____ (7-Steller)

Falls im Einzelfall ein konkretes Produkt benannt wird, bitte begründen, warum dieses erforderlich ist:

Grundsätzlich können auch Medizinprodukte ohne Hilfsmittelverzeichnis-Nr. eingesetzt werden!

- Versorgung kann aus Wiedereinsatzlager erfolgen.
- Kostenvoranschlag für Neuversorgung – Siehe **Anlage**.

8. Erhebung durchführende Personen – Versorgungsteam (Name, Anschrift, Telefon)

Arzt/Pflegefachkraft/Therapeut: _____

Datum

Unterschrift/Stempel

Leistungserbringer: _____

Datum

Unterschrift/Stempel

Versicherter/Vertreter: _____

Datum

Unterschrift/Stempel

9. Einverständniserklärung der/des Versicherten/Erziehungsberechtigten/Betreuers/sonstigen Verantwortlichen für die Weitergabe der Daten:

Ich bin damit einverstanden, dass für den auf Seite 1 genannten Versicherten zum Zwecke einer optimalen Hilfsmittelversorgung erhobene – auch medizinische – Daten einschließlich einer Fotodokumentation zur Auswertung auf einem Fragebogen festgehalten werden. Dieser Fragebogen wird ausschließlich von dem am Verfahren beteiligten medizinischen Fachpersonal und dem ebenfalls am Verfahren beteiligten Hilfsmittelleistungserbringer (z. B. Sanitätshaus) genutzt. Mit einer Weiterleitung an meine Krankenkasse bin ich im Rahmen dieser Versorgung einverstanden, wenn die Daten ausschließlich zu dieser Versorgung verwendet werden. Ferner bin ich darüber informiert, dass die Beantwortung der Fragen freiwillig ist und nachteilige Folgen einer Nichtbeantwortung sich nicht ergeben. Es kann in diesem Fall jedoch möglicherweise keine optimale Versorgung sichergestellt werden.

Der Fragebogen unterliegt dem Sozialdatenschutz.

Name, Vorname

Datum, Unterschrift

Zielsetzung der Hilfsmittelversorgung:

Die am Prozess beteiligten Personen legen das/die Versorgungsziele/e fest:

Verbesserung der Patientensituation

- Optimierung der Druckverteilung

Ziel: _____

- Verbesserung der Sitzposition
(z. B. bei Beckenschiefstand)

Ziel: _____

- Verbesserung der Sitzstabilität

Ziel: _____

- Erhöhung der Sitztoleranz/Verlängerung der Sitzzeit

Ziel: _____

- Erhalt/Verbesserung der eigenständigen Mobilität (z. B. Trippler)

Ziel: _____

- Erhalt der eigenständigen Druckentlastung

Ziel: _____

- Verbesserung/Erhalt des eigenständigen/mechanischen Transfers

Ziel: _____

- Integration in das häusliche Umfeld
(z. B. Knie unter der Tischplatte)

Ziel: _____

- Erhalt der Hautintegrität/Verhinderung eines Dekubitus

Ziel: _____

- Verbesserung der Schmerzsituation

Ziel: _____

- Verbesserung Mikroklima

- Temperatur

- Feuchtigkeit

Ziel: _____

- Verbesserung des Wundzustandes

- individuelles Ziel:

Zielüberprüfung nach 4 Wochen:

- erreicht teilweise nicht erreicht

- erreicht teilweise nicht erreicht

- erreicht teilweise nicht erreicht

- erreicht teilweise nicht erreicht

- erreicht teilweise nicht erreicht

- erreicht teilweise nicht erreicht

- erreicht teilweise nicht erreicht

- erreicht teilweise nicht erreicht

- erreicht teilweise nicht erreicht

- erreicht teilweise nicht erreicht

- erreicht teilweise nicht erreicht

- verbessert nicht verbessert

- erreicht teilweise nicht erreicht

Zielsetzung der Hilfsmittelversorgung:

Notwendige Rahmenbedingungen/Begleitende Maßnahmen

- Korrekte Handhabung des Produktes
- Adäquate Versorgung des Patienten außerhalb des Rollstuhls (z. B. Bett/Matratze)
- Inkontinenzmanagement
- Wundversorgung
- Ernährungsberatung

- Patientenorientierte Pflegeplanung

Kontrolle der Auslieferung und der notwendigen Einweisung in das Produkt:

Unterschriften

Arzt:

(Name/Stempel)

Datum: _____

Unterschrift: _____

Leistungserbringer:

(Name/Stempel)

Datum: _____

Unterschrift: _____

Versicherter:

Datum: _____

Unterschrift: _____

Zielüberprüfung nach 4 Wochen:

- erreicht teilweise nicht erreicht
- durchgeführt teilweise durchgeführt
- nicht durchgeführt
- durchgeführt nicht durchgeführt
- durchgeführt nicht durchgeführt
- durchgeführt teilweise durchgeführt
- nicht durchgeführt
- erfolgt nicht erfolgt
- erfolgt nicht erfolgt

Unterschriften

Arzt:

(Name/Stempel)

Datum: _____

Unterschrift: _____

Leistungserbringer:

(Name/Stempel)

Datum: _____

Unterschrift: _____

Versicherter:

Datum: _____

Unterschrift: _____

Hinweis:
Die Hilfsmittel-Richtlinie (letzte Änderung: 17.12.2015)* fordert eine Überprüfung der Ergebnisse:
§ 9 Ärztliche Abnahme von Hilfsmitteln
Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt soll prüfen, ob das abgegebene Hilfsmittel ihrer oder seiner Verordnung entspricht und den vorgesehenen Zweck erfüllt, insbesondere dann, wenn es individuell angefertigt oder zugerichtet wurde.
* www.g-ba.de/informationen/richtlinien/13/