

ARBEITSBOGEN 14:  
**INKONTINENZVERSORGUNG**

**I Hinweis zur Bearbeitung des Arbeitsbogens**

---

Informieren und beraten Sie einen Patienten über Inkontinenzversorgung. Achten Sie bei der Beratung insbesondere auch auf die Vertraulichkeit der Beratung gemäß § 4 Abs. 2a Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO).

Beachten Sie, dass dieser Arbeitsbogen aus datenschutzrechtlichen Gründen nur zu Ihrer eigenen Verwendung im Rahmen der praktischen Ausbildung in der Apotheke und zur Prüfungsvorbereitung gedacht ist und insbesondere nicht mit Dritten besprochen werden darf. Sobald Sie den Arbeitsbogen nicht mehr benötigen, ist dieser ordnungsgemäß zu vernichten. Verzichten Sie beim Ausfüllen des Arbeitsbogens auf die Nennung des Patientennamens sowie auf das Geburtsdatum. Falls erforderlich, benennen Sie lediglich das Alter in Jahren.

**II Patienteninformationen**

---

Alter: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  m  w

Ist eine Patientendatei vorhanden?  Ja  Nein

Sind (chronische) Erkrankungen oder körperliche Beeinträchtigungen, die Einfluss auf die Inkontinenz haben bekannt?  Nein  Ja:

Werden regelmäßig oder akut Arzneimittel angewendet, die Einfluss auf die Harn- bzw. Stuhkontinenz haben?  Nein  Ja:

Liegt eine Schwangerschaft oder eine vor Kurzem erfolgte Entbindung vor?  Ja  Nein

**III Symptomschilderung**

---

Die Beratung über Inkontinenz erfolgt:

- Direkt mit dem Betroffenen  
 Mit pflegenden Angehörigen  
 Mit der Pflegekraft

**Harninkontinenz**

- Muss der Patient sehr häufig auf die Toilette gehen, tagsüber mehr als achtmal, nachts mehr als zweimal?  Ja  Nein
- Spürt der Patient manchmal einen plötzlichen unkontrollierbaren Harn-drang?  Ja  Nein
- Hat der Patient schon einmal Urin verloren, weil er den Drang nicht beherrschen konnte?  Ja  Nein
- Verliert der Patient Harn bei körperlicher Tätigkeit, Husten, Niesen, Lachen oder Treppensteigen?  Ja  Nein

ARBEITSBOGEN 14:  
**INKONTINENZVERSORGUNG**

Verliert der Patient Harn bei körperlicher Tätigkeit und leidet gleichzeitig an starkem Dranggefühl?  Ja  Nein

Wurde mindestens eine der Fragen mit „Ja“ beantwortet und der Patient auf die Möglichkeit zur ärztlichen Behandlung hingewiesen?  Ja  Nein

Wie könnte der Flüssigkeitsverlust abgeschätzt werden?

Wie viel Milliliter Flüssigkeit werden schätzungsweise verloren? \_\_\_\_\_

**Einschätzung des Schweregrades:**

	Schweregrad:	Unkontrollierter Flüssigkeitsverlust (ml/h):
<input type="checkbox"/>	1	bis zu 25
<input type="checkbox"/>	2	25 bis 50
<input type="checkbox"/>	3	50 bis 75
<input type="checkbox"/>	4	mehr als 75

In welcher Weise erfolgt die Blasenentleerung?

Tröpfchenweise  Schubweise  Komplette Entleerung

**Stuhlinkontinenz**

Bestehen Stuhlentleerungsstörungen?  Ja  Nein

Kann der Stuhl nicht immer kontrolliert gehalten werden?  Ja  Nein

Wurde mindestens eine der Fragen mit „Ja“ beantwortet und der Patient auf die Möglichkeit zur ärztlichen Behandlung hingewiesen?  Ja  Nein

**IV Selbstbehandlung/Ärztliche Verordnung**

**Selbstbehandlung:**

Welche Art von Inkontinenzhilfsmittel können Sie im Rahmen der Selbstbehandlung empfehlen?

ARBEITSBOGEN 14:  
**INKONTINENZVERSORGUNG**

Welche/s Inkontinenzhilfsmittel wählen Sie unter Berücksichtigung der Informationen aus II und III aus?

**1. Produktempfehlung:**

Bezeichnung: \_\_\_\_\_ Menge: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Saugstärke: \_\_\_\_\_

Name/Firma des Unternehmers: \_\_\_\_\_

AEP (€): \_\_\_\_\_ AVP (€): \_\_\_\_\_

PZN: \_\_\_\_\_

CE-Kennzeichnung bei MP gemäß § 9 Medizinproduktegesetz (MPG) vorhanden

Begründen Sie Ihre Entscheidung:

**2. Produktempfehlung:**

Bezeichnung: \_\_\_\_\_ Menge: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Saugstärke: \_\_\_\_\_

Name/Firma des Unternehmers: \_\_\_\_\_

AEP (€): \_\_\_\_\_ AVP (€): \_\_\_\_\_

PZN: \_\_\_\_\_

CE-Kennzeichnung bei MP gemäß § 9 Medizinproduktegesetz (MPG) vorhanden

Begründen Sie Ihre Entscheidung:

**Ärztliche Verordnung:**

Welche Art von Inkontinenzhilfsmitteln wird verordnet, z. B. aufsaugende oder ableitende?

\_\_\_\_\_

Wie lautet die ärztliche Verordnung?

\_\_\_\_\_

Welche Diagnose ist auf dem Rezept angegeben?

\_\_\_\_\_

ARBEITSBOGEN 14:  
**INKONTINENZVERSORGUNG**

Welches Produkt geben Sie ab?

Bezeichnung: \_\_\_\_\_ Menge: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Saugstärke: \_\_\_\_\_

Name/Firma des Unternehmers: \_\_\_\_\_

AEP (€): \_\_\_\_\_ AVP (€): \_\_\_\_\_

Zuzahlung für den Patienten: \_\_\_\_\_

PZN: \_\_\_\_\_ Hilfsmittelnummer: \_\_\_\_\_

CE-Kennzeichnung bei MP gemäß § 9 Medizinproduktegesetz (MPG) vorhanden

Begründen Sie ihre Entscheidung, wenn die Möglichkeit zur Auswahl zwischen verschiedenen Produkten besteht:

*Zur Überprüfung der Verschreibung auf Einhaltung der vertrags- und sozialrechtlichen Bestimmungen bei der Belieferung mit Inkontinenzhilfsmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen bearbeiten Sie den Arbeitsbogen 19 „Hilfsmittelversorgung und -beratung“.*

**V Information und unterstützende Maßnahmen**

Geben Sie dem Patienten alle notwendigen Informationen, u. a. über die Anwendung und zusätzliche unterstützende Maßnahmen. Berücksichtigen Sie hierbei z. B. Informationsmaterial, Miktionstagebücher, Zusatzeempfehlungen, Produktproben.

Datum

Unterschrift PhiP

Kenntnisnahme Ausbildungsapotheker

**Empfehlungen für Literatur und Internetadressen, ohne Anspruch auf Vollständigkeit:**

- » Gebler, H., Kindl, G. (Hrsg.) Pharmazie für die Praxis. Stuttgart: Deutscher Apotheker Verlag, aktuelle Fassung.
- » Perabo, F. Inkontinenz. Köln: Deutscher Ärzteverlag, aktuelle Fassung.
- » [www.kontinenz-gesellschaft.de](http://www.kontinenz-gesellschaft.de)
- » [www.rehadat.de](http://www.rehadat.de)