



## Bindungserklärung und Nachweis der Einweisung und Beratung des Versicherten

### I. Anamnesebogen

Name:		Krankenkasse:		KD-Nummer:	
Vorname:		Abweichende Lieferadresse:		Vers.-Nr.:	
Straße:				Geb.-Datum:	
PLZ/Ort:				Telefon:	
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5	
Ich beziehe bereits zum Verbrauch bestimmte Pflegemittel: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
<input type="checkbox"/> Erstberatung		<input type="checkbox"/> Folgeberatung		Datum:	

### Bedarfsermittlung - Versorgungsumfang - Wechselfrequenz

06:01 - 10:00	10:01 - 14:00	14:01 - 18:00	18:01 - 22:00	22:01 - 02:00	02:01 - 06:00
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bedarf pro Monat: \_\_\_\_\_ davon Tagversorgung: \_\_\_\_\_ davon Nachtversorgung: \_\_\_\_\_

#### Beurteilung der Haut im Gesäßbereich

<input type="checkbox"/> Haut unauffällig	<input type="checkbox"/> Leichte Rötung
<input type="checkbox"/> Juckreiz	<input type="checkbox"/> Erythem
<input type="checkbox"/> Pusteln	<input type="checkbox"/> Papeln
<input type="checkbox"/> Hautnässen	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> Kein Katheter	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter

#### Beurteilung der Haut - Inguinal

<input type="checkbox"/> Haut unauffällig	<input type="checkbox"/> Leichte Rötung
<input type="checkbox"/> Juckreiz	<input type="checkbox"/> Erythem
<input type="checkbox"/> Pusteln	<input type="checkbox"/> Papeln
<input type="checkbox"/> Hautnässen	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> suprapubischer BK	<input type="checkbox"/> Einmalkatheter

Empfohlenes Versorgungsintervall:

<input type="checkbox"/> 4 Wochen	<input type="checkbox"/> 8 Wochen	<input type="checkbox"/> 12 Wochen
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

### II. Informationen für den Versicherten oder einer von ihm beauftragten Person

Die Krankenkasse hat mit Ihrem Leistungserbringer einen Versorgungsvertrag geschlossen. Ihr Leistungserbringer stellt damit Ihre Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln einschließlich aller Dienst- und Serviceleistungen sicher. Hierfür erhält er von der Krankenkasse eine monatliche Vergütung in Form einer Pauschale.

Sämtliche benötigte Hilfsmittel aus dem Bereich der aufsaugenden Inkontinenzhilfsmittel sind daher ausschließlich von Ihrem Leistungserbringer zu beziehen.

Der Wechsel zu einem anderen Lieferanten ist möglich. Dabei sind der Lieferturnus der Hilfsmittel sowie die Rezeptgültigkeit zu berücksichtigen. Der Versorgerwechsel ist rechtzeitig und zwingend mit dem bisherigen Lieferanten abzustimmen. Ansonsten können Mehrkosten für Sie entstehen. Persönliche Änderungen, insbesondere der Wechsel des Wohnortes, der Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung sowie der Wechsel der Krankenkasse sind dem Leistungserbringer unverzüglich mitzuteilen. Bitte informieren Sie Ihre Angehörigen, dass diese die Information übernehmen, wenn Sie dazu persönlich nicht mehr in der Lage sind. **Wird das Inkontinenzmaterial nicht mehr benötigt (z.B. Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung...), muss nicht verbrauchtes Material binnen 14 Tagen an den Lieferanten zurückgegeben werden.**

Zur Beantwortung der im Zusammenhang mit der Versorgung auftretenden Fragen steht Ihnen Ihr Leistungserbringer unter folgender

**Service-Telefonnummer: 0800 6295200**

gern zur Verfügung. Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie dass:

- eine Lieferung grundsätzlich nur mit einem gültigen Rezept möglich ist, das Sie Ihrem Lieferanten zu Verfügung zu stellen haben.
- Sie in die Handhabung der Hilfsmittel eingewiesen und die Liefertermine mit Ihnen abgestimmt wurden.
- Ihnen die Servicenummer des Leistungserbringers bekannt ist, an die Sie sich bei Fragen zur Versorgung bzw. bei auftretenden Komplikationen wenden können.



### III. Datenschutzrechtliche Informationen

Sie sind über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten im Rahmen der Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzmitteln umfassend informiert worden.

Ihnen ist besonders bekannt, dass:

- dieser Nachweis durch den von Ihnen gewählten Leistungserbringer aufbewahrt und zur Abrechnung bei der Krankenkasse eingereicht wird.
- Unterlagen, die der Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden, an den MDK weitergegeben werden dürfen, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung erforderlich sind.
- Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich ist, damit die Krankenkasse ihre Aufgaben rechtmäßig erfüllen kann. Ihre Daten sind zur Bedarfsermittlung der geeigneten Hilfsmittel zu erheben. Eine fehlende Mitwirkung von Ihrer Seite kann zum Leistungsversagen führen.
- Sie Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen können.

### IV. Informationen über Aufzahlungen

Folgende aufzahlungsfreie Produkte sind angeboten worden:

- Seni Lady Einlage Größe: \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_
- anatomisch geformte Vorlage Größe: \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_
- Standard Windelhose Größe: \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Es wird die Lieferung von diesen aufzahlungspflichtigen Produkten vereinbart:

Gewählte Produkte	Stückzahl	Aufzahlung pro Monat / alternativ pro Stück

Der Leistungserbringer hat Sie über die Möglichkeit einer aufzahlungsfreien Versorgung informiert, die der vertragsärztlichen Verordnung entspricht und medizinisch ausreichend und zweckmäßig ist. Er hat Ihnen mindestens zwei aufzahlungsfreie und für Sie nutzbare Versorgungsvarianten angeboten. Für freiwillige Aufzahlungen haben Sie keinen Erstattungsanspruch gegen Ihre Krankenkasse.

### Erklärung des Leistungserbringers:

**Zu I.:** Ich habe diese Daten erhoben und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

**Zu IV.:** Ich habe den Versicherten über die aufzahlungsfreien Produkte informiert. Nach Bemusterung und Beratung hat er sich für die obengenannten Produkte entschieden. Die festgelegte Aufzahlung ist verbindlich. Die beschriebenen Aufzahlungspreise sind für das laufende Kalenderjahr gültig.

Hohenstein-Ernstthal,

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**DESINFECTA GmbH**  
Schillerstraße 4  
09337 Hohenstein-Ernstthal  
Tel. (03722) 70 22 - Fax 70 51  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Leistungserbringers

### Erklärung des Versicherten:

**Zu I.:** Ich nehme die Erhebung zur Kenntnis und bestätige dies durch meine Unterschrift.

**Zu II.:** Ich habe die Information gelesen und nehme dies durch meine Unterschrift zur Kenntnis.

**Zu III.:** Ich habe die datenschutzrechtliche Information zur Kenntnis genommen und bin mit den Inhalten einverstanden. Ich bestätige dies durch meine Unterschrift.

**Zu IV.:** Nach der Beratung entscheide ich mich für die oben genannte Versorgung.  
Ein Exemplar des Nachweises habe ich erhalten.

Hohenstein-Ernstthal,

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten