



Ärztliches Attest

zur Notwendigkeit der Versorgung mit Inkontinenzartikeln

Herr / Frau:
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

Vers.-Nr.:.....

.....
Heimaufnahme

Krankenkasse:.....

Inkontinenzartikel werden benötigt:

voraussichtlich.....Wochen/Monate

dauernd

Diagnose:.....

**Die Inkontinenzartikel sind aus ärztlicher Sicht notwendig,
weil** (alle Fragen beantworten)

Ja

Nein

- ein direkter Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit
(Behandlung von Dekubitus oder Dermatiden) besteht,

- Eintritt von Dekubitus oder Dermatiden droht,

- Patient Harn- oder/und Stuhlabgabe nicht kontrollieren kann,

- Patient sich auch „danach“ nicht bemerkbar machen kann und
deshalb Schäden aus längerer Einwirkung von Harn und Stuhl
auf die Haut zu befürchten sind,

- nur durch ihren Einsatz eine aktive Teilnahme am gesellschaftlichen
Leben möglich ist. Eine „aktive Teilnahme“ am gesellschaftlichen
Leben liegt vor, wenn der Versicherte –ggf. unter Zuhilfenahme
von Mobilitätshilfen- in die Lage versetzt wird, seine Mobilität zu
aktivieren und ihm damit eine von Pflegekräften nicht ständig
überwachte Alltagsgestaltung ermöglicht wird.

Ort/Datum:.....

.....
Stempel/Unterschrift des Arztes

Bitte Rezept / Dauerverordnung für Inkontinenzhilfen ausstellen !