

# Ärztliches Attest zur Notwendigkeit der Versorgung mit Inkontinenzartikeln



Herr/Frau \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_ Status \_\_\_\_\_

wohnhaft: Haus der Diakonie am Bogenbach / Senioren- Wohn- und Pflegeheim  
Weidenstraße 3/ 94469 Deggendorf

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Inkontinenzartikel werden benötigt  Voraussichtlich für \_\_\_\_\_ Wochen  
 dauernd

Diagnose: \_\_\_\_\_

Die Inkontinenzartikel sind aus ärztlicher Sicht notwendig weil,

ein direkter Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit  
(Behandlung von Dekubitus oder Dermatitis) besteht,  JA  NEIN

Eintritt von Dekubitus oder Dermatitis droht,  JA  NEIN

Patient Harn- und/oder Stuhlabgabe nicht kontrollieren kann  JA  NEIN

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

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 Alltags-  
gestaltung ermöglicht wird. Dies gilt nicht, wenn die Artikel hygienische  
und pflegerische Maßnahmen erleichtern.  JA  NEIN

Bitte sämtliche Fragen beantworten!

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Arztstempel