



**Kontinenzprofil** (anzulegen, wenn im Ausscheidungsstatus Inkontinenz vermerkt ist)

Ersterhebung

Folgerhebung

Datum

Name  Klienten-Nr.

| Profil                                     | Kennzeichen                                                                   | Ja                       | Nein                     | Beispiel                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Kontinenz</b>                           | Kein unfreiwilliger Harnverlust (Kontinenz)                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                      |
|                                            | Keine personelle Hilfe                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                      |
|                                            | Keine Hilfsmittel                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                      |
| <b>Unabhängig erreichte Kontinenz</b>      | Kein unfreiwilliger Harnverlust (Kontinenz)                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Selbstständige Medikamenteneinnahme durch die/den Betroffenen, die einen unwillkürlichen Urinverlust verhindern. Eigenständiger Gebrauch von mobilen Toilettenhilfen |
|                                            | Keine personelle Unterstützung                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                      |
|                                            | Selbstständige Durchführung von Maßnahmen                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                      |
| <b>Abhängig erreichte Kontinenz</b>        | Kein unfreiwilliger Harnverlust (Kontinenz)                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Begleitete Toilettengänge (z.B. Toilettentraining zu festgelegten bzw. individuellen Zeiten) erfolgen durch eine weitere (Pflege-) Person.                           |
|                                            | Personelle Unterstützung bei der Durchführung von Maßnahmen                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                      |
| <b>Unabhängig kompensierte Inkontinenz</b> | Unwillkürlicher Harnverlust                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trotz vorhandenem unwillkürlichem Harnverlust erfolgt die Versorgung mit aufsaugendem Inkontinenzmaterial durch die/den Betroffenen selbstständig                    |
|                                            | Keine personelle Unterstützung bei der Versorgung mit Kontinenzhilfsmitteln   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                      |
| <b>Abhängig kompensierte Inkontinenz</b>   | Unwillkürlicher Harnverlust                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kompensierende Maßnahmen werden von einer weiteren Person übernommen.                                                                                                |
|                                            | Personelle Unterstützung bei der Inkontinenzversorgung ist notwendig          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                      |
| <b>Nicht kompensierte Inkontinenz</b>      | Unwillkürlicher Harnverlust                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vom Betroffenen werden keine Maßnahmen der Inkontinenzversorgung angenommen bzw. sie werden abgelehnt.                                                               |
|                                            | Keine Inanspruchnahme von personeller Unterstützung und Versorgungsmaßnahmen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                      |

Ausscheidungsstatus erhoben von (Name) :

Veränderungen wurden in die Pflegeplanung übernommen ?  Ja  Nein Datum

Handzeichen  Datum