



Kontinenzprofil (anzulegen, wenn im Ausscheidungsstatus Inkontinenz vermerkt ist)

Ersterhebung

Folgerhebung

Datum

Name Klienten-Nr.

Profil	Kennzeichen	Ja	Nein	Beispiel
Kontinenz	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"/>	
Unabhängig erreichte Kontinenz	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"/>	
Abhängig erreichte Kontinenz	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"/>	
Unabhängig kompensierte Inkontinenz	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"/>	
Abhängig kompensierte Inkontinenz	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"/>	
Nicht kompensierte Inkontinenz	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