

Bescheinigung zur Beantragung der Inkontinenzpauschale

Anhang zum Königlichen Erlass vom 28. Dezember 2020 zur Änderung des Königlichen Erlasses vom 2. Juni 1998 zur Festlegung der Kostenbeteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung für Inkontinenzmaterial gemäß Artikel 34,14 des koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung vom 14. Juli 1994.

(Pauschale für nicht behandelbare Harninkontinenz oder Inkontinenzpauschale für pflegebedürftige Personen)

Bitte füllen Sie Ziffer 2 aus und prüfen Sie, ob Ziffer 3 ausgefüllt werden muss, der Versicherungsträger prüft, welche Pauschale zuerkannt werden kann.

Senden Sie das Dokument innerhalb von drei Monaten nach der Unterzeichnung an den Vertrauensarzt des Versicherungsträgers.

Die Pauschale für nicht behandelbare Harninkontinenz muss alle drei Jahre beantragt werden.

Die Inkontinenzpauschale für pflegebedürftige Personen muss jedes Jahr beantragt werden.

1. Angaben zum Begünstigten.

Name und Vorname:

Eintragungsnummer bei der sozialen Sicherheit (Nationalnummer):.....

2. Pauschale für nicht behandelbare Harninkontinenz (alle 3 Jahre auszufüllen und einzureichen).

Vom Allgemeinmediziner, Urologen, Geriater, Gynäkologen oder Kinderarzt auszufüllen.

2.1. Beurteilung der Inkontinenz

Anamnese

- die Inkontinenz ist dauerhaft.....
- die Inkontinenz ist sporadisch
- Stressinkontinenz.....
- Dranginkontinenz.....
- Harn- und Stuhlinkontinenz.....

Objektive Elemente

> Klinische Untersuchung auf

- Fäkalom
- Harnverhaltung
- Prostatahypertrophie.....
- gynäkologische Senkungsbeschwerden (Prolaps).....
- mangelnden Analtonus

> Technische Untersuchung(en)

- Urin.....

> Mögliche fachärztliche Untersuchungen

- (urologische, gynäkologische, geriatrische Gutachten) ..

> Mögliche interkurrente Faktoren :

- bestimmte Medikamente.....
- Umweltfaktoren
- fortgeschrittene Demenz

> Behandlung

- Medikament(e).....
- Kinesiotherapie
- Chirurgie.....

2.2. Nach Ausschluss behandelbarer Ursachen für Inkontinenz und Behandlungsversuch erwies sich die Kontinenz als nicht behandelbar.

Daher beantrage ich beim Vertrauensarzt für Herrn/Frau
die Gewährung der Pauschale für nicht behandelbare Harninkontinenz.

Stempel ¹ und Unterschrift des Arztes	Datum

2.3. Dem Vertrauensarzt des Versicherungsträgers vorbehalten :

Der/die unterzeichnende Vertrauensarzt/Vertrauensärztin, Dr. med.
genehmigt hiermit die Pauschale für nicht behandelbare Harninkontinenz für drei Jahre, d.h. bis

Unterschrift des Vertrauensarztes	Datum

3. Inkontinenzpauschale für pflegebedürftige Personen (ausfüllen und jedes Jahr neu einreichen)

Achtung: Dieser Teil muss nur ausgefüllt werden, wenn keine häusliche Krankenpflege durch eine(n) praktizierende(n) Krankenpfleger(in) beantragt wurde (sogenannte B- oder C-Pauschale).

3.1. Bewertungsskala

Kriterium	Punktwert	1	2	3	4
Sich waschen		Kann sich selber ohne irgendeine Hilfe ganz waschen.	Benötigt für die Körperpflege oberhalb oder unterhalb der Gürtellinie teilweise Hilfe.	Benötigt für die Körperpflege sowohl oberhalb als auch unterhalb der Gürtellinie teilweise Hilfe.	Benötigt für die Körperpflege sowohl oberhalb als auch unterhalb der Gürtellinie vollständige Hilfe.
Sich anziehen		Kann sich selber ohne irgendeine Hilfe ganz an- und ausziehen.	Benötigt für das Anziehen oberhalb oder unterhalb der Gürtellinie teilweise Hilfe (Schnürsenkel bleiben außer Betracht).	Benötigt für das Anziehen sowohl oberhalb als auch unterhalb der Gürtellinie teilweise Hilfe.	Benötigt für das Anziehen sowohl oberhalb als auch unterhalb der Gürtellinie vollständige Hilfe.
Lagewechsel und Fortbewegung:		Kann selbstständig einen Lagewechsel vornehmen und sich völlig selbstständig fortbewegen ohne mechanische Hilfe und ohne Hilfe Dritter.	Kann selbstständig einen Lagewechsel vornehmen und sich fortbewegen unter Benutzung von mechanischen Hilfsmitteln (Krücken, Rollstuhl).	Benötigt unbedingt die Hilfe Dritter, um einen Lagewechsel vorzunehmen und/oder sich fortzubewegen.	Ist bettlägerig oder sitzt im Rollstuhl und hängt vollständig von der Hilfe anderer ab, um sich fortzubewegen.
Zur Toilette gehen:		Kann allein zur Toilette gehen, sich allein aus-beziehungsweise anziehen und sich allein abwischen.	Benötigt teilweise die Hilfe Dritter, um zur Toilette zu gehen oder sich aus-beziehungsweise anzuziehen oder sich abzuwischen.	Benötigt vollständige Hilfe, um zur Toilette zu gehen und/oder sich aus-beziehungsweise anzuziehen und/oder sich abzuwischen.	Benötigt vollständige Hilfe um zur Toilette/auf einen Nachtstuhl zu gehen, sich aus- beziehungsweise anzuziehen und sich abzuwischen.

¹ Muss die LIKIV-Zulassungsnummer, Namen und Adresse des Leistungserbringers enthalten

Kontinenz		Ist kontinent für Urin und Stuhlgang.	Ist gelegentlich inkontinent für Urin oder Stuhlgang (Blasensonde oder künstlicher Darmausgang inbegriffen).	Ist inkontinent für Urin (Miktionsübungen inbegriffen) oder Stuhlgang.	Ist inkontinent für Urin und Stuhlgang.
Essen		Kann allein essen und trinken.	Benötigt vorherige Hilfe zum Essen oder Trinken.	Benötigt teilweise Hilfe während des Essens oder Trinkens.	Ist vollständig abhängig zum Essen und Trinken.

3.2. Häufigkeit (für die Inkontinenzpauschale für pflegebedürftige Personen, Bedingungen mindestens 4 Monate (nicht notwendigerweise aufeinanderfolgend) in den 12 Monaten vor dem Antrag)

Ich bestätige, dass diese Skala für einen Zeitraum von vier Monaten (eventuell unterbrochen) in den zwölf Monaten vor der Antragstellung gültig war:

Ich erkläre, dass diese pflegebedürftige Person ausreichende Unterstützung erhält, ohne häusliche Krankenpflege in Anspruch zu nehmen, und zwar (z.B. pflegende Angehörige in der Familie usw.).

Stempel ² und Unterschrift des Arztes	Datum

3.3 Dem Vertrauensarzt des Versicherungsträgers vorbehalten:

Pauschale A, Pauschale B, Pauschale C

Punktwerte 3 oder 4 für das Kriterium „Inkontinenz“: ja/nein

Der/die unterzeichnende Vertrauensarzt/Vertrauensärztin, Dr. med., genehmigt hiermit die Pauschale für nicht behandelbare Harninkontinenz für ein Jahr ab dem

Unterschrift des Vertrauensarztes	Datum



² Muss die LIKIV-Zulassungsnummer, Namen und Adresse des Leistungserbringers enthalten
Dieses Dokument wurde vom Übersetzungsdienst der CKK übersetzt, es ist somit ohne Gewähr.