

# Bedarfsermittlungsbogen für Sitz- & Positionierungssysteme



© Sunrise Medical GmbH, Stand Juli 2013

Name/Vorname des Versicherten: \_\_\_\_\_

Anschrift des Versicherten: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  männlich  weiblich

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg Größe: \_\_\_\_\_ cm

Rezept vorhanden:  ja  nein

Kostenträger: \_\_\_\_\_

VersicherungsNr.: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Verordner: \_\_\_\_\_

## 1. Allgemeines

### Wohnumfeld:

allein lebend  familiäres Umfeld  betreutes Wohnen  Pflegeeinrichtung

Ggf. Name/Anschrift Pflegeperson (Angehörige, Pflegedienst/einrichtung, Therapeut, ...):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Pflegestufe:

keine  1  2  3

### Besonderheiten der Pflegesituation:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 2. Versorgungsanlass

- Erstversorgung     Folgeversorgung     Umversorgung

Anlass:

---

---

---

---

---

## 3. Bisherige Hilfsmittelversorgung

---

---

---

---

---

## 4. Dekubitusrisiko

Tägliche Sitzdauer:  < 4 Stunden     4 - 8 Stunden     > 8 Stunden

Gesamt-Score nach Braden<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_ Punkte

Liegt aktuell ein Dekubitus vor?     ja                     nein

wenn, ja. Stadium \_\_\_\_\_

Lag in der Vergangenheit ein Dekubitus vor?     ja                     nein

wenn, ja. Stadium \_\_\_\_\_

Weitere Risikofaktoren<sup>2</sup> (z.B. Spastiken, Atrophie, Diabetes, bereits bestehende Wunde, abgeheilte Dekubitus, dauerhafte Schmerzen, Sensitivität im Sitzbereich, eingeschränkte Sitzstabilität, Beckenschiefstand, Amputation, Skoliose, Hemiplegie, Gelenkeinstellung, progressiver Krankheitsverlauf, Unterernährung, Kreislauf, Blutdruck, Gleichgewicht?, etc.)

---

---

---

---

- kein Risiko             allgemeines Risiko             mittleres Risiko  
 hohes Risiko             sehr hohes Risiko

<sup>1</sup> s. Tabelle in der Anlage

<sup>2</sup> liegt mind. 1 Weiteres Risiko vor, das nicht durch die Braden Skala erfasst wird, muss der Patient in die Nächsthöhere Risikostufe eingruppiert werden.

## 5. Versorgungsempfehlung mit einem Antidekubitus-Hilfsmittel

Produkt: \_\_\_\_\_

Hersteller: \_\_\_\_\_

Hilfsmittelpos.Nr.: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Inkontinenzbezug erforderlich:  ja  nein

Sonstiges:

---

---

---

---

---

## 6. Versorgungsteam

Unterschrift des Versorgungsteams

_____ Arzt/Therapeut	_____ Leitungserbringer	_____ Versicherter
-------------------------	----------------------------	-----------------------

Produkt wurde bereits erfolgreich erprobt:  ja  nein

Fotodokumentation beigelegt:  ja  nein

## 6. Datenschutzerklärung (vom Versicherten zu unterschreiben)

Ich bin damit einverstanden, dass meine, zum Zwecke einer optimalen Hilfsmittelversorgung erhobenen persönlichen und medizinischen Daten, einschließlich der Fotodokumentation, sofern durchgeführt, auf einem Fragebogen festgehalten werden. Dieser Fragebogen wird ausschließlich von dem am Verfahren beteiligten medizinischen Fachpersonal und dem ebenfalls am Verfahren beteiligten Hilfsmittelleistungserbringer (z.B. Sanitätshaus) genutzt. Mit einer Weiterleitung an meine Krankenkasse bin ich im Rahmen dieser Versorgung einverstanden, wenn die Daten ausschließlich zu dieser Versorgung verwendet werden. Ferner bin ich darüber informiert, dass die Beantwortung der Fragen freiwillig ist und nachteilige Folgen einer Nichtbeantwortung sich nicht ergeben.

\_\_\_\_\_  
Erhebungsdatum    Unterschrift Versicherter

## Anhang

### Braden-Skala zur Bewertung des Dekubitusrisikos

Übersetzung: Heidi Heinhold nach Barbara Braden

	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	Punktzahl
<b>Sensorisches Wahrnehmungsvermögen</b>  Fähigkeit, lagebedingte wie künstliche Reize wahrzunehmen und adäquat zu reagieren	<b>Vollständig ausgefallen</b>  Keine Reaktion auf Schmerzreize (auch kein Stöhnen, Zucken, Greifen) auf Grund verminderter (nervaler) Wahrnehmungsfähigkeit bis hin zur Bewusstlosigkeit oder Sedierung ODER Missempfindungen / Schmerzen werden über den größten Körperanteil nicht wahrgenommen.	<b>Stark eingeschränkt</b>  Reaktion nur auf starke Schmerzreize; Missempfindungen können nur über Stöhnen oder Unruhe mitgeteilt werden ODER sensorisches Empfinden stark herabgesetzt. Missempfindungen / Schmerzen werden über die Hälfte des Körpers nicht wahrgenommen.	<b>Geringfügig eingeschränkt</b>  Reaktion auf Ansprechen, Missempfindungen bzw. das Bedürfnis nach Lageungswechsel können nicht immer vermittelt werden ODER sensorisches Empfinden teilweise herabgesetzt. Missempfindungen / Schmerzen werden in ein oder zwei Extremitäten nicht wahrgenommen.	<b>Nicht eingeschränkt</b>  Reaktion auf Ansprechen; Missempfindungen ODER Schmerzen werden wahrgenommen und können benannt werden.	
<b>Feuchtigkeit</b>  Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist	<b>Ständig feucht</b>  Die Haut ist ständig feucht durch Schweiß, Urin usw. Nässe wird bei jedem Bewegen festgestellt.	<b>Oft feucht</b>  Haut ist oft feucht, aber nicht immer. Bettwäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden.	<b>Manchmal feucht</b>  Die Haut ist hin und wieder feucht, die Wäsche muss zusätzlich einmal täglich gewechselt werden.	<b>Selten feucht</b>  Die Haut ist normalerweise trocken. Wäschewechsel nur routinemäßig.	
<b>Aktivität</b>  Grad der körperlichen Aktivität	<b>Bettlägerig</b>  Das Bett kann nicht verlassen werden.	<b>Sitzt auf</b>  Kann mit Hilfe etwas laufen. Kann das eigene Gewicht nicht alleine tragen. Braucht Hilfe um aufzusitzen (Bett, Stuhl, Rollstuhl).	<b>Gehen</b>  Geht mehrmals am Tag, aber nur kurze Strecken. Teils mit, teils ohne Hilfe. Verbringt die meiste Zeit im Bett / Lehnstuhl / Rollstuhl.	<b>Regelmäßiges Gehen</b>  Verlässt das Zimmer mindestens zweimal am Tag. Geht tagsüber im Zimmer etwa alle zwei Stunden auf und ab.	
<b>Mobilität</b>  Fähigkeit, die Körperposition zu wechseln und zu verändern	<b>Vollständige Immobilität</b>  Selbst die geringste Lageänderung des Körpers oder von Extremitäten wird nicht ohne Hilfe durchgeführt.	<b>Stark eingeschränkt</b>  Eine Lageänderung des Körpers oder von Extremitäten wird hin und wieder selbstständig durchgeführt, aber nicht regelmäßig.	<b>Geringfügig eingeschränkt</b>  Geringfügige Lageänderungen des Körpers oder der Extremitäten werden regelmäßig und selbstständig durchgeführt.	<b>Nicht eingeschränkt</b>  Lageänderungen werden regelmäßig und ohne Hilfe durchgeführt.	

<p><b>Ernährung</b></p> <p>Allgemeines Ernährungsverhalten</p>	<p><b>Schlechte Ernährung</b></p> <p>Isst die Portion nie auf. Isst selten mehr als 1/3 jeder Mahlzeit. Isst zwei eiweißhaltige Portionen (Fleisch oder Milchprodukte) oder weniger täglich. Trinkt zu wenig. Trinkt keine Nahrungsergänzungskost oder wird per Sonde oder seit mehr als fünf Tagen intravenös ernährt.</p>	<p><b>Wahrscheinlich unzureichende Ernährung</b></p> <p>Isst selten ganze Mahlzeit auf, in der Regel nur die Hälfte. Die Eiweißzufuhr erfolgt über nur drei Portionen (Milchprodukte, Fleisch) täglich. Hin und wieder wird Ergänzungskost zu sich genommen ODER erhält weniger als die erforderliche Menge Flüssigkeit bzw. Sondenernährung.</p>	<p><b>Ausreichende Ernährung</b></p> <p>Isst mehr als die Hälfte der meisten Mahlzeiten, mit insgesamt vier eiweißhaltigen Portionen (Milchprodukte, Fleisch) täglich. Lehnt hin und wieder eine Mahlzeit ab, nimmt aber Ergänzungsnahrung an ODER wird über eine Sonde ernährt und erhält so die meisten erforderlichen Nährstoffe.</p>	<p><b>Gute Ernährung</b></p> <p>Isst alle Mahlzeiten, weist keine zurück. Nimmt normalerweise vier eiweißhaltige Portionen (Milchprodukte, Fleisch) zu sich, manchmal auch eine Zwischenmahlzeit. Braucht keine Nahrungsergänzungskost.</p>	
<p><b>Reibungs- und Scherkräfte</b></p>	<p><b>Problem</b></p> <p>Mäßige bis erhebliche Unterstützung bei jedem Positionswechsel erforderlich. (An-)Heben (z. B. auch Richtung Kopfende) ist nicht möglich, ohne über die Unterlage zu schleifen. Rutscht im Bett oder Stuhl regelmäßig nach unten und muss wieder in die Ausgangsposition gebracht werden. Spastik, Kontrakturen und Unruhe verursachen fast ständige Reibung.</p>	<p><b>Potenzielles Problem</b></p> <p>Bewegt sich ein wenig und braucht selten Hilfe. Die Haut scheuert während der Bewegung weniger intensiv auf der Unterlage (kann sich selbst ein wenig anheben). Verbleibt relativ lange in der optimalen Position im Bett (Sessel/Rollstuhl/Lehnstuhl). Rutscht nur selten nach unten.</p>	<p><b>Kein feststellbares Problem</b></p> <p>Bewegt sich unabhängig und ohne Hilfe in Bett und Stuhl. Muskelkraft reicht aus, um sich ohne Reibung anzuheben. Behält optimale Position in Bett oder Stuhl aus eigener Kraft bei.</p>		
<p><b>Gesamtzahl Punkte</b></p>					

- >18 Punkte                    = **kein Risiko**
- 18-15 Punkte                = **geringes Risiko**
- 14-12 Punkte                = **mittleres Risiko**
- 11-9 Punkte                 = **hohes Risiko**
- < 9 Punkte                 = **sehr hohes Risiko**