

	QM-Handbuch	QM - Nr.: <b>F8-Vaw-3.5-1</b>
	<b>Erklärung Inkontinenzversorgung</b>	Geltungsbereich: <b>Alle Bereiche</b>
		gültig ab: <b>01.02.2010</b>
Zweck: Inkontinenzversorgung der Bewohner		Seite 1 von 2

Sehr geehrter Bewohner,

wir freuen uns, Sie in unserer Einrichtung begrüßen zu dürfen und werden alles tun, um Ihnen den Aufenthalt in unserem Hause angenehm und gut zu gestalten.

Möglichkeiten für Kurzzeitpflegegäste:

Damit wir auch Ihre pflegerische Betreuung gut sicherstellen können, bitten wir Sie bzw. Ihre Angehörigen, unseren Mitarbeitern auf den Wohnbereichen erforderliches Material für die Inkontinenzversorgung in ausreichender Menge für die *Dauer Ihres Aufenthaltes innerhalb der Kurzzeitpflege* bereitzustellen.

Falls Ihnen oder Ihren Angehörigen das nicht möglich ist, werden wir Ihnen gerne gegen Berechnung über unseren Kooperationspartner SPServices GmbH Inkontinenzmaterial zur Verfügung stellen.

Die Berechnung erfolgt dann verbrauchsabhängig über eine separate monatliche Rechnung.

Bitte füllen Sie den beiliegenden Abschnitt aus und geben Sie diese an der Rezeption ab. Diese Erklärung wird mit zu Ihren Unterlagen genommen. Sollten wir bis zum Tag des Einzuges von Ihnen keine Rückmeldung erhalten, gehen wir davon aus, dass Sie mit einer Belieferung durch SPServices GmbH einverstanden sind.

Möglichkeiten für den Bereich der Dauerpflege:

Im Rahmen der pauschalen Vereinbarungen mit den jeweiligen Krankenkassen stellen wir Ihnen eine gute Standard-Versorgung mit Inkontinenzartikeln bereit. Damit gewährleisten wir Ihnen ein pflegerisch notwendiges, aber auch individuelles Maß an Versorgung.

Wenn Sie eine über dieses Maß hinausgehende Inkontinenzversorgung wünschen, benötigen wir eine entsprechende Vereinbarung. Bitte nutzen Sie hierfür das beiliegende Formular.

Bis zu dem Tag des Vorliegens dieser Erklärung in unserer Verwaltung werden wir die oben erwähnte Versorgung mit Inkontinenzartikeln sicherstellen.

Vielen Dank,  
mit freundlichen Grüßen

Ihre Seniorenresidenz Moseltal

erarbeitet:	überprüft:	freigegeben:
A. Wagner/QMB	U. Waldorf/PDL	M. Blinn/V
01.02.2010	01.02.2010	01.02.2010

**Erklärung Inkontinenzversorgung**

Bitte kreuzen Sie entsprechendes an!

 **Kurzzeitpflege:**

Mit der Belieferung von Inkontinenzartikeln für die Dauer des Kurzzeitpflege - Aufenthaltes gegen Rechnung für

Herrn/ Frau \_\_\_\_\_

durch SPServices GmbH bin ich  einverstanden  nicht einverstanden

Wenn ich nicht damit einverstanden bin, Sorge ich bzw. meine Angehörigen für eine individuell ausreichende Menge an Inkontinenzartikeln während meines Kurzzeitpflege – Aufenthaltes.

Name des Unterzeichnenden,  
sofern vom Bewohner abweichend: \_\_\_\_\_

Unterschrift:

 **Dauerpflege:**

Ich wünsche eine über das pflegerisch notwendige Maß hinausgehende Inkontinenzversorgung. Mit der Belieferung von entsprechenden Inkontinenzartikeln gegen Rechnung für

Herrn/ Frau \_\_\_\_\_

durch SPServices GmbH bin ich  einverstanden  nicht einverstanden

Name des Unterzeichnenden,  
sofern vom Bewohner abweichend: \_\_\_\_\_

Unterschrift:

erarbeitet:	überprüft:	freigegeben:
A. Wagner/QMB	U. Waldorf/PDL	M. Blinn/V
01.02.2010	01.02.2010	01.02.2010