

Einschätzung der Kontinenzsituation

Datum der Ersterhebung _____

Aktuelles Datum _____

Verantwortliche Pflegekraft _____

Kontinenzprofile

a. Völlig Kontinent

Kein Ungewollter Urinverlust, keine Hilfestellung nötig, benötigt keine Hilfsmittel.

b. Selbstständig erreichte Kontinenz:

Kein Ungewollter Urinverlust, keine Hilfestellung nötig, führt Maßnahmen eigenständig durch.

c. Kontinent durch Hilfestellung:

Kein ungewollter Urinverlust, benötigt personale Hilfestellung, z. B. bei individuellen Toilettengängen, Fremdkatheterismus

d. Selbstständig kompensierte Inkontinenz:

Ungewollter Urinverlust, benötigt keine personale Hilfestellung, Hilfsmittelversorgung / Benutzung erfolgt selbstständig.

e. Unselbstständig kompensierte Inkontinenz:

Ungewollter Urinverlust, personale Hilfestellung ist bei der Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln notwendig.

f. Nicht kompensierte Inkontinenz:

Ungewollter Urinverlust, jede Hilfestellung oder Versorgungsmaßnahme wird abgelehnt.

1. Benennung des Kontinenzprofils am Tag:

2. Festgestellte Risiken für Harninkontinenz:

3. Risiken

a) Reversible Risiken

(heiler, z. B. durch Beckenbodentraining, o. Ä.)

b) Irreversible Risiken (unheilbar)

4. Symptome und wichtige Befunde für die Pflege:

5. Noch durchführende/ notwendige diagnostische Maßnahmen:

6. Auswirkung der Inkontinenz auf die Lebensführung des Patienten.

7. Benennung des Kontinenzprofils in der Nacht:

8. Individuelle Maßnahmen unter Einbeziehung von Angehörigen, Ärzten, Therapeuten.

(Gewicht, Flüssigkeit, Toilettentraining, Beckenbodentraining, Mobilität, ...)
