



Anlage zur Verordnung eines Hilfsmittels zur

Dekubitusprophylaxe Dekubitustherapie

Eilversorgung! Der Patient muß innerhalb vonStunden mit dem Hilfsmittel versorgt werden.

Positionsnummer des Hilfsmittels:.....Bezeichnung:

Für Herrn / Frau:Pflegedienst:

Geboren:

Straße:

Wohnort:

Bei o.g. Patient / Patientin besteht aufgrund der Diagnose(n)

ein niedriges mittleres mittleres hohes sehr hohes Dekubitusrisiko

bereits ein Dekubitus Stadium 1 Stadium 2 Stadium 3 Stadium 4

Bitte markieren Sie: 0 = gefährdeter Bereich Datum der Erhebung:

X = bestehender Dekubitus

Erforderlich ist ein Anti-Dekubitus Hilfsmittel:

Dynamisches Wechseldrucksystem Statisches Luftzellensystem Fotodokument beiliegend

Wechseldruck / Statisch kombiniert Spezial Schaumstoffmatratze

Begründung der Verordnung:

Das Hilfsmittel muß voraussichtlichWochen eingesetzt werden.

Datum: Unterschrift: