

**Bitte nach Möglichkeit sofort per Fax (06441 30960 7004) zurücksenden**  
(bei Versendung per FAX ist eine Rücksendung per Post nicht notwendig)

Antwort:

DAK-Gesundheit  
Hilfsmittel Kompetenz Zentrum  
Bettina Luckhardt  
Schützenstraße 4 - 8  
35578 Wetzlar

Antwort auf unsere Anfrage vom: 10.05.2016

HMVZ: 15.99.99.2001 INKOPAUSCHALE DAK LOS 11 PLZ 55 - 59

Versicherte/r:	Stößel, Verena	Geb.:	23.02.1962
KVNR:	031809254000	Beleg-Nr.:	<b>23129363</b>
Diagnose:		Verordnung vom:	01.12.2015
Alternative:		Alternativpreis:	
Vorversorgung:		Vorversorgung vom:	

Welche Form(en) der Inkontinenz liegt vor?  Harninkontinenz  Stuhlinkontinenz

Bei Harninkontinenz: Welche Indikation liegt vor?

- leichte Inkontinenz (Urinabgabe unter 100 ml in 4 Stunden)  
 mittlere Inkontinenz (Urinabgabe 100 bis 200 ml in 4 Stunden)  
 schwere Inkontinenz (Urinabgabe über 200 ml in 4 Stunden)

Sind selbständige Toilettengänge möglich?  ja  nein

Ist eine selbständige Durchführung von Maßnahmen der Toilettenhygiene möglich?

ja  nein

Ist die vom Leistungserbringer erhobene Versorgung ausreichend und zweckmäßig? Wenn nicht, bitte den notwendigen Bedarf nennen und begründen.

Ist ausschließlich das verordnete Produkt medizinisch notwendig? Wenn ja, bitte begründen.

Ist die vom Leistungserbringer erhobene Menge ausreichend? Wenn nicht, bitte den notwendigen Bedarf nennen und begründen.

Dienen die Inkontinenzhilfen ausschließlich der Erleichterung hygienischer und/oder pflegerischer Maßnahmen?

Mit welchem Ergebnis sind fachärztliche Abklärungen anderer Therapiemöglichkeiten erfolgt?

**Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes:**