



Folgende Informationen sind nötig, um Ihre individuell an Sie angepasste Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzprodukten zu ermitteln damit wir Sie ordentlich beraten und beliefern können:

1. Was liegt für eine Inkontinenz vor?
 - 1.1. Urininkontinenz
 - 1.2. Stuhlinkontinenz
 - 1.3. Urin- und Stuhlinkontinenz
2. Wie äußert sich diese Inkontinenz?
3. Treten Ihre Probleme eher am Tag oder in der Nacht auf?
4. Sind Sie bettlägerig oder Mobil?
5. Haben Sie bisher Produkte verwendet?
 - 5.1. Waren Sie zufrieden/unzufrieden?
 - 5.2. Welche Art von Produkt?
 - 5.2.1. Einlagen mit Klebestreifen auf der Rückseite
 - 5.2.2. Vorlagen ohne Klebestreifen auf der Rückseite
 - 5.2.3. Windelhosen (Windeln mit Klebeverschluss an den Seiten)
 - 5.2.4. Pants (Höschen zum hoch und runterziehen)
 - 5.3. Wie heißt das Produkt?
 - 5.4. Welche Größe hatte das Produkt ca.?
 - 5.4.1. Vorlagen & Einlagen – Länge und Breite in cm
 - 5.4.2. Windeln & Pants – Bauchumfang/Hüftumfang in cm
 - 5.5. Wie oft wechseln Sie dieses Produkt innerhalb von 24 Stunden?
6. Wieviel Flüssigkeit nehmen Sie täglich ca. zu sich?
7. Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?
8. Sind Sie von der gesetzlichen Zuzahlung befreit?
9. Wohin soll die Lieferung versendet werden?
 - 9.1. Sie sind in der Lage die Tür zu öffnen und möchten dass die Lieferung direkt zu Ihnen kommt.
 - 9.2. Sie möchten dass die Lieferung an eine andere Wunschadresse (z.B. Pflegedienst, Pflegeheim, Ansprechpartner, Betreuer) geliefert wird.

Für weitere Informationen sind wir gern von Montag bis Freitag zwischen 09:00 und 20:00 Uhr für Sie da!

HALL-MED-CARE GmbH * Grenzstraße 19 * 06112 Halle (Saale)
Tel: 0345 – 24 98 09 14 * Fax: 0345 – 24 98 09 15 * Mail: inko@hall-med-care.de



Soll diese Adresse als Lieferadresse gelten? Ja nein

Soll diese Adresse als Rechnungsadresse gelten? Ja nein

Sie wünschen eine andere abweichende Lieferadresse oder Rechnungsadresse sofern oben noch nicht angegeben:

Name, Vorname/ Firma: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Soll diese Adresse als Lieferadresse gelten? Ja nein

Soll diese Adresse als Rechnungsadresse gelten? Ja nein

Bitte beachten Sie, dass wir das Originalrezept dennoch benötigen, wir bitten Sie daher uns dieses unbedingt auch noch per Post zukommen zu lassen.

Für weitere Informationen sind wir gern von Montag bis Freitag zwischen 09:00 und 20:00 Uhr für Sie da!

HALL-MED-CARE GmbH * Grenzstraße 19 * 06112 Halle (Saale)
Tel: 0345 - 24 98 09 14 * Fax: 0345 - 24 98 09 15 * Mail: inko@hall-med-care.de