

# Bedarfsermittlungsbogen

## Manueller Transfer

<p><b>Kommission:</b> _____</p> <p><b>Fachhändler:</b> _____</p> <p><b>Größe:</b> _____</p> <p><b>Gewicht:</b> _____</p> <p><b>Einsatzort(e):</b> _____</p>	<p><b>Erstversorgung:</b> _____</p> <p><b>Zweitversorgung:</b> _____</p> <p><b>Umversorgung, weil:</b> _____</p>
---	--

Allgemeine Bedarfsanalyse:	
Eingeschränkte Wahrnehmung: visuell / auditiv	Bedarf an Hilfsmitteln zur Sturzprävention
Atembeschwerden	Bedarf an Hilfe beim stehenden Transfer
Balance- und Koordinationsprobleme	Probleme mit der Stabilität beim Stehen oder Gehen
Verminderte Körperkraft und Ausdauer	Bedarf an Hilfe beim sitzenden Transfer
Eingeschränkte Gelenkbeweglichkeit	Bedarf an Hilfe beim liegenden Transfer
Eingeschränkte Greiffähigkeit	Selbständige Positionierung zum Kopfende nicht möglich
Verminderte Rumpfstabilität	Selbständige Positionierung zur Seite nicht mehr möglich
Sensibilitätsstörungen	Selbständiges Drehen im Liegen nicht möglich
Schmerzempfindlichkeit bei Bewegungen oder Positionsänderungen	Transferlösung für dauerhaften Verbleib im Bett notwendig
Unkontrollierte Körperbewegungen (z. B. Zittern oder Spastiken)	Transferlösung für kurzfristigen Einsatz im Bett notwendig
Eingeschränkte Mobilität	Flüssigkeit absorbierendes Material erforderlich
Obere Extremitäten	Bariatrische Versorgungslösung notwendig (ca. _____ kg)
Untere Extremitäten	Druckstellen / Dekubitus vorhanden
Kopf- u. Nackenbeweglichkeit	Notwendigkeit für spezielle Lagerung zur Druckentlastung
	Reibungsverringern unter Druckstellen notwendig

**Etac GmbH**

Industriestraße 13   
 02366 5006-0  
 45699 Herten   
 info@etac.de  
 Deutschland   
 www.etac.de

**Zielsetzung der Versorgung:**

**Zielerreichung:**

Selbständige Bewegungsänderungen im Liegen	voll	teilweise
Unterstützende Bewegungsänderungen im Liegen	voll	teilweise
Schaffung einer atmungserleichterten Liegeposition	voll	teilweise
Zusätzliche Unterstützung des Kopfes bei Positionsänderungen	voll	teilweise
Aufsaugen von Körperflüssigkeiten notwendig	voll	teilweise
Positionsänderungen bei bariatrischer Versorgung	voll	teilweise
Positionsänderung nach links und rechts, bzw. zur Seite notwendig	voll	teilweise
Positionsänderung in alle vier Richtungen, bzw. zur Seite notwendig	voll	teilweise
Unterstützung bei der eigenständigen Korrektur der Sitzposition	voll	teilweise
Unterstützung bei der nichtselbständigen Korrektur der Sitzposition	voll	teilweise
Unterstützung bei seitlichem Transfer im Sitzen	voll	teilweise
Unterstützung bei seitlichem Transfer mit Reibungsverringerung im Sitzen	voll	teilweise
Unterstützung beim selbständigen Aufstehen zwecks Transfer	voll	teilweise
Unterstützung beim teilselbständigen Aufstehen zwecks Transfer	voll	teilweise
Kurze Streckenüberwindung während des stehenden Transfers	voll	teilweise
Entlastung beim stehenden Transfer durch zusätzliche Sitzpolster	voll	teilweise
Sonstige Ziele:	voll	teilweise
	voll	teilweise
	voll	teilweise

**Empfohlene Auswahl:**

**Transfer- und Umlagerungshilfen im Liegen**

**Phase 1 - Der Patient hat Schwierigkeiten, sich im Bett selbstständig zu drehen**

Der Patient kann sich mit den Füßen abstoßen	2x <b>IM4157S</b> SatinSheet Basislaken Midi Corner (doppelt aus hygienischen Gründen als Wechselversorgung!)
Der Patient kann sich mit den Füßen verschieben	2x <b>IM4107S</b> SatinSheet Basislaken Maxi Corner (doppelt aus hygienischen Gründen als Wechselversorgung!)
Der Kunde kann mit den Füßen rutschen. Hat Probleme damit, ins Bett hinein- und herauszugleiten	2x <b>IM4112S</b> SatinSheet Basislaken Fit (doppelt aus hygienischen Gründen als Wechselversorgung!)

**Phase 2 - Pflegekraft oder betreuende Person hilft dem Patienten**

Eingeschränkt bewegungsfähig, nur seitliche Bewegung notwendig. Der Patient ist inkontinent	2x <b>IM4109</b> In2Sheet 90x85, HMV-Nr.: <b>19.40.05.2084/51.40.01.4128</b> (doppelt aus hygienischen Gründen als Wechselversorgung!)
Der Patient muss in alle Richtungen bewegt werden	2x <b>IM4203S</b> SatinSheet Set MaxiFit 4D, HMV-Nr.: <b>22.29.01.7002</b> (doppelt aus hygienischen Gründen als Wechselversorgung!)
Der Patient muss in alle Richtungen bewegt werden. Der Patient ist inkontinent, schwitzt stark oder hat Exsudat	2x <b>IM4240S</b> SatinSheet SET INCO (doppelt aus hygienischen Gründen als Wechselversorgung!)

**Phase 3 - Der Patient ist in hohem Maße auf Hilfe angewiesen**

Der Patient muss in alle Richtungen bewegt werden und ist in hohem Maß auf Hilfe angewiesen	2x <b>IM4309</b> 4WayGlide Set (doppelt aus hygienischen Gründen als Wechselversorgung!)
Der Patient muss in alle Richtungen bewegt werden und verfügt über eine extra breite Matratze (bariatrisch!)	2x <b>IM110/200LPLNS</b> und 2x <b>IM180/200LPL</b> 4WayGlide Maxi, 1x Non-Slip Bremse & Non-Slip Seiten u. 4WayGlide Mattress Maxi (jeweils doppelt aus hygienischen Gründen als Wechselversorgung!)
Der Patient muss in alle Richtungen bewegt werden. Der Patient ist inkontinent, schwitzt viel oder hat Exsudat	2x <b>IM4317</b> TwinSheet 4Glide Set (doppelt aus hygienischen Gründen als Wechselversorgung!)

**Phase 1-3 - universelle Anwendung, ohne dauerhaften Verbleib der Umlagerungshilfe im Bett**

Kurzfristige Umlagerung im Liegen, kein dauerhafter Verbleib, Nylon	<b>IM108</b> Multiglide 108x80, Gleitlänge 108 cm, HMV-Nr.: <b>22.29.01.2018</b>
---	---

**Transfer- und Umlagerungshilfen im Sitzen**

Patient korrigiert Sitzposition selbst, dauerhafter Verbleib	<b>IM38/8</b> Stuhlaufage OneWayGlide 45x45, HMV-Nr.: <b>22.29.01.2017</b> Sitzbreite: 45 cm, Sitztiefe: 45 cm, NonSlip-Oberfläche
	<b>IM39/8</b> Stuhlaufage OneWayGlide 37x43, HMV-Nr.: <b>22.29.01.2017</b> Sitzbreite: 43 cm, Sitztiefe: 37 cm, NonSlip-Oberfläche
Patient benötigt Unterstützung zur Sitzkorrektur, dauerhafter Verbleib	<b>IM34/8</b> Stuhlaufage OneWayGlide lang, HMV-Nr.: <b>22.29.01.2019</b> Sitzbreite: 40 cm, Sitztiefe variabel, Velour-Oberfläche
Selbständiger, seitlicher Transfer im Sitzen	<b>IM403</b> Rutschbrett 3B Board, max. 150kg, HMV-Nr.: <b>22.29.01.3013</b>
Selbständiger, seitlicher Transfer im Sitzen, bariatrisch geeignet	<b>IM401</b> Rutschbrett Butterfly, max. 250 kg, HMV-Nr.: <b>22.29.01.3014</b>
Selbständiger, seitlicher Transfer im Sitzen mit Reibungsverringering	<b>IM401</b> Rutschbrett Butterfly, max. 250 kg, HMV-Nr.: <b>22.29.01.3014</b> zusätzlicher Gleitflügel Gr. L, 40 cm, HMV-Nr. <b>22.29.01.2048</b> zusätzlicher Gleitflügel Gr. XL, 47,5 cm, HMV-Nr. <b>22.29.01.2048</b>
Unterstützung der unteren Extremität beim seitlichen Transfer	<b>IM99836GT</b> Drehscheibe PediTurn Ø40, weich, HMV-Nr. <b>22.29.01.0018</b>

**Aufsteh-, Umsetz- und Transferhilfen**

Patient benötigt eine Art Drehscheibe mit Handgriff auf einer Stelle	<b>16090106</b> Turner Pro, HMV-Nr.: <b>22.29.01.1061</b>
Patient benötigt Unterstützung zur Überwindung kurzer Strecken	<b>DE16090204S</b> Raiser Pro Set, kurzer Gürtel und Handschlaufen, HMV-Nr. <b>22.29.01.1034</b> <b>DE16090204L</b> Raiser Pro Set, langer Gürtel und Handschlaufen, HMV-Nr. <b>22.29.01.1034</b>
Patient benötigt Unterstützung zur Überwindung kurzer Strecken, sowie Entlastung im Stehen durch zusätzliche Sitzpolster	<b>16090300</b> Transfer Pro, mit langem Gürtel

**Praktische Erprobung durchgeführt?**

Ja

Nein

**Zusätzliche Bemerkungen:**

**Haben Sie noch Fragen?**

Wir sind für Sie von  
**Montags – Donnerstags** **8:30 – 17:00 Uhr** und  
**Freitags** **8:30 – 16:00 Uhr** durchgehend für Sie erreichbar.

**Kontakt:**

**Tel.:** 02366 5006-0  
**Fax:** 02366 5006-200  
**E-Mail:** info@etac.de



**Etac GmbH**

Industriestraße 13 02366 5006-0  
 45699 Herten info@etac.de  
 Deutschland www.etac.de