



Nur vom behandelnden Arzt oder Hausarzt auszufüllen!

Bitte alle Fragen vollständig beantworten. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Familienname, Vorname, Geburtsdatum

Wohnung

Feststellungen über Art und Auswirkungen der Erkrankungen:

1. Diagnosen: (möglichst keine Abkürzungen verwenden)

2. Körperliche Behinderungen/Einschränkungen:

3. Psychische Störungen/Einschränkungen: (z. B. depressiv, weinerlich, aggressiv, unberechenbar, motorisch unruhig)

4. Ist eine Diät erforderlich Nein Ja:

5. Liegt oder lag eine Suchterkrankung vor Nein Ja:

Alkohol:

Medikamente:

Sonstiges:

6. Ist Pat. frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC) Ja Nein:

7. Weitere Einschränkungen:

7.1 Einschränkung Sehfähigkeit Nein Ja:

7.2 Einschränkung Hörfähigkeit Nein Ja:

7.3 Einschränkung Sprachfähigkeit Nein Ja:

7.4 Gehunfähig Nein Ja:

7.5 Stehunfähig Nein Ja:

7.6 Tagsüber bettlägerig Nein Ja: überwiegend ständig

7.7 Schlafstörungen Nein Ja:

7.8 Hautschädigungen Nein Ja:

7.9 Schmerzen chronisch Nein Ja:



Bitte zusätzlich ankreuzen, ob tagsüber (T) oder/und nachts (N)

8. Orientierungsstörungen:

| | | teilweise ↓ | vollständig ↓ | T | N |
|-----|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.1 | Orientierungsstörungen zeitlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.2 | Orientierungsstörungen örtlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.3 | Orientierungsstörungen zur Person | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.4 | häufig laut und unruhig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.5 | neigt zum Weglaufen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.6 | gefährdet sich selbst/andere | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.7 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Erläuterungen zu Nr. 8:

Feststellungen über Art und Umfang notwendiger Hilfestellungen, einschließlich aktivierender Pflege:

| | | teilweise ↓ | Vollständig ↓ |
|--|--|--------------------------|--------------------------|
| 9. Körperreinigung und-pflege | 9.1 Waschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 9.2 Baden, Duschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 9.3 Frisieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 9.4 Rasieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 9.5 Haare waschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 9.6 Mund- und Zahnpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 9.7 Nagelpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 9.8 An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 9.9 | | <input type="checkbox"/> |
| 10. Mahlzeiten | 10.1 Mundgerechte Vorbereitung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 10.2 Hilfe beim Essen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 10.3 Hilfe beim Trinken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 10.4 | | <input type="checkbox"/> |
| 11. Benutzung der Toilette, Inkontinenzversorgung | 11.1 Benutzung der Toilette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 11.2 Gebrauch von Hilfsmitteln (Bettpfanne, Nachtstuhl, Urinflasche) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 11.3 Sauberhalten bei Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 11.4 Sauberhalten bei Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 11.5 | | <input type="checkbox"/> |
| 12. Mobilität | 12.1 Aufstehen u. Zubettgehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 12.2 Hilfestellung beim Gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 12.3 Hilfestellung beim Stehen/Transfer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 12.4 Hilfestellung bei Benutzung eines Rollstuhls | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 12.5 | | <input type="checkbox"/> |

- | | | | | |
|---|--|--|--------------------------|--------------------------|
| 13. Ausführen ärztl. Verordnungen | 13.1 | Verabreichung von Medikamenten/Spritzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 13.2 | Einwirken auf die Einnahme lebensnotwendiger Medikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 13.3 | Wundversorgung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 13.4 | An- und Ablegen von Hilfsmitteln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 13.5 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Notwendigkeit der Motivation u. Anleitung zur selbständigen Erledigung persönlicher Verrichtungen des täglichen Lebens | 14.1 | Körperpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 14.2 | An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 14.3 | Nahrungsaufnahme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 14.4 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. | <u>Vorschlag für sonstige Maßnahmen/Hilfsmittel:</u> | | | |

16. Ist eine Änderung des Zustandes zu erwarten und daher eine Nachuntersuchung erforderlich, (Termin ?) Nein Ja:

| 17. Größe: | Gewicht: |
|---------------------------------|-------------------|
| 18. Aktuelle Medikation: | Dosierung: |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Ort, Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes
