

Teil 1: Körperliche Aktivitäten momentane Situation der/des Kranken



Datum:

selbständig	unter Anleitung, muss dazu angehalten werden	unselbständig/nur mit Hilfe/mit Begleitung	ist vollständig auf Hilfe angewiesen
-------------	--	--	--------------------------------------

sich bewegen

Aufstehen				
Absitzen				
Abliegen				
kann stehen				
kann Lage in Bett/Stuhl anpassen				
Gehen in der Wohnung				
Gehen im Freien				
Treppensteigen				
besteht Sturzgefahr*	ja nein			
benötigt Hilfsmittel*	ja nein			

sich waschen und kleiden

sich waschen, Hautpflege				
Intimpflege				
Haare waschen/kämmen				
Rasieren, Make-up				
Mundpflege, Nasenpflege				
Nagelpflege (Maniküre, Pediküre)*				
Baden, Duschen				
Ankleiden				
Auskleiden				

Essen, Trinken

Nahrung zubereiten				
Nahrung zerkleinern				
Nahrung und Getränke zum Mund führen				

Ausscheidung

zur Toilette gehen				
Reinigung				
Toilettentraining*	ja nein			
braucht Hilfe bei Urininkontinenz* Tag	ja nein	Nacht	ja nein	
braucht Hilfe bei Stuhlinkontinenz* Tag	ja nein	Nacht	ja nein	

Braucht regelmässige Präsenz einer Bezugsperson

stundenweise*	ja nein			
tagsüber*	ja nein			
nachts*	ja nein			
andauernd*	ja nein			
ist weglaufgefährdet*	zu Hause ja nein	auswärts	ja nein	

Schlaf

Einschlafschwierigkeiten*	ja zeitweise nein	Medikamente bei Schlafproblemen*	ja nein	
Durchschlafschwierigkeiten*	ja zeitweise nein			
Tag/Nachtumkehr*	ja zeitweise nein			

*Nicht Zutreffendes streichen

Teil 1: Körperliche Aktivitäten:

Angabe von Angehörigen zu der von ihnen erbrachten Hilfe



Datum:

Beschreibung der Hilfe und Pflege, die notwendig ist	wer leistet diese Hilfe und Pflege?	kann/will/muss ich es alleine tun?	Wen könnte ich zur Beratung/Unterstützung beiziehen?
--	-------------------------------------	------------------------------------	--

Habe ich Einschlafschwierigkeiten?*	ja nein		
Habe ich Durchschlafschwierigkeiten?*	ja nein		
Nehme ich entsprechende Medikamente?*	ja nein		

*Nicht Zutreffendes streichen