

(Auszufüllen von Antragsteller, der Pflegeperson oder vom Arzt)

|                       |             |
|-----------------------|-------------|
| <b>Antragsteller:</b> |             |
| Name, Vorname         | Geb. Datum: |
| Anschrift:            |             |

| <b>Hilfe bei der Körperpflege:</b>            |  | <b>Anmerkungen / Häufigkeiten</b> |
|---|--|-----------------------------------|
| Umfassende Hilfestellung beim Waschen         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |
| Teilwaschung                                  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |
| Baden, Duschen                                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |
| Frisieren                                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |
| Rasieren                                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |
| Haare waschen                                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |
| Mund- und Zahnpflege                          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |
| Nagelpflege                                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |
| Hilfe beim Ankleiden (teilweise/vollständig?) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |

| <b>Mahlzeiten:</b>         |  | <b>Anmerkungen / Häufigkeiten</b> |
|----------------------------|--|-----------------------------------|
| Mundgerechte Vorbereitung  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |
| Hilfe beim Essen           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |
| Hilfe beim Trinken         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |
| Beaufsichtigung beim Essen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |
| Sondenernährung            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |
| _____.                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |

| <b>Benutzung der Toilette / Inkontinenzversorgung</b> |  | <b>Anmerkungen / Häufigkeiten</b> |
|---|--|-----------------------------------|
| Selbständige Benutzung der Toilette                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |
| Gebrauch von Hilfsmitteln                             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |
| Gebrauch von Inkontinenzvorlagen                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |
| Hilfe beim Gebrauch eines Toilettenstuhles            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |
| Kontinenztraining                                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |
| _____.  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |

| <b>Mobilität:</b>                          |  | <b>Anmerkungen / Häufigkeiten</b> |
|--|--|-----------------------------------|
| Hilfe beim Stehen                          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |
| Hilfe beim Gehen                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |
| Hilfe beim Treppensteigen                  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |
| Hilfe beim Verlassen des Wohnbereiches     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |
| Hilfe beim Gehen außerhalb der Einrichtung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |
| Hilfe bei der Benutzung eines Rollstuhls   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |
| Hilfe bei der Benutzung einer Gehhilfe     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |

| <b>Bettlägerigkeit:</b>                 |  | <b>Anmerkungen / Häufigkeiten</b> |
|---|--|-----------------------------------|
| Überwiegend bettlägerig                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                    |                                   |
| Ständig bettlägerig                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                    |                                   |
| Sicherung durch Bettgitter erforderlich | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |

| <b>Ausführung ärztlicher Verordnungen:</b>  |  | <b>Anmerkungen / Häufigkeiten</b> |
|---|--|-----------------------------------|
| Verabreichen von Medikamenten               | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |
| Verabreichen von subcutanen Injektionen     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |
| Einwirken auf die Medikamenteneinnahme      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |
| Wundversorgung, z.B.<br>Dekubitusbehandlung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |
| _____:                                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                   |

| <b>Notwendigkeit der Betreuung und Aufsicht:</b> |  | <b>Anmerkungen / Häufigkeiten</b>  |
|--|--|------------------------------------|
| Örtlich orientiert                               | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                    |
| Zeitlich orientiert                              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                    |
| Persönlich orientiert                            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise |                                    |
| Nachts ruhig                                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                    |                                    |
| Besondere Auffälligkeiten                        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise | (z.B. Eigen- oder Fremdgefährdung) |

| <b>Hilfsmittel:</b>              |
|----------------------------------|
|                                  |
|                                  |
|                                  |
| <b>Erkrankungen / Diagnosen:</b> |
|                                  |
|                                  |
|                                  |
|                                  |
| <b>Sonstige Hinweise:</b>        |
|                                  |
|                                  |
|                                  |

Mit meiner Unterschrift erkläre ich die Richtigkeit aller gemachten Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift