

Name, Vorname, Geburtsdatum:

flegebegründende Diagnosen (Text, ggf. ICD):

Einschränkungen/Schädigungen, die die tägliche Lebensführung und Aktivitäten in besonderem Maß beeinträchtigen
(Warum wird **personelle** Hilfe benötigt?):

Handelt es sich um einen Dauerzustand?

(voraussichtlich für mind. 6 Monate)

☐ ja

☐ nein

*Zutreffendes für
jede Aktivität ankreuzen!*

Aktivität
selbständig
möglich, ggf. mit
Hilfsmitteln

Aktivität mit
geringer,
punktueller Hilfe
möglich

Aktivität nur mit
geringer Eigenbeteiligung;
überwiegende
personelle Hilfe

Aktivität
unselbständig,
wird fremdüber-
nommen

Mobilität

Positionswechsel im Bett (Drehen um die
Längsachse, Aufrichten)

☐☐☐☐

Halten einer stabilen Sitzposition (im Sessel)

☐☐☐☐

Umsetzen (Transfers)

☐☐☐☐

Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs
(in der Ebene)

☐☐☐☐

Körperbezogene Pflegemaßnahmen

Waschen vorderer Oberkörper

☐☐☐☐

Waschen des Intimbereichs

☐☐☐☐

Duschen und Baden (Ober-/Unterkörper, Haare)

☐☐☐☐

An- und Auskleiden des Oberkörpers

☐☐☐☐

An- und Auskleiden des Unterkörpers

☐☐☐☐

Essen

☐☐☐☐

Trinken

☐☐☐☐

Benutzen einer Toilette oder eines
Toilettenstuhls (Gang zur Toilette,
Intimhygiene, Richten der Kleidung)

☐☐☐☐

Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz/
Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma

☐☐☐☐

Bewältigen der Folgen einer
Stuhlinkontinenz/Umgang mit Stoma

☐☐☐☐

Name, Vorname, Geburtsdatum:

Ernährung

Ernährung parenteral/PEG/PEJ

Keine, nicht
täglich

☐

Täglich, zusätzlich
zur oralen
Nahrung

☐

Ausschließlich
oder nahezu
ausschließlich

☐

Betreuungsbedarf

Zeitliche Orientierung

(kennt z. B. Tageszeit, Jahreszeit)

☐☐☐☐

Verstehen von Sachverhalten und
Informationen

☐☐☐☐

Mitteilen von elementaren Bedürfnissen

(Schmerz, Durst, Hunger, Kälte)

☐☐☐☐

Verstehen von Aufforderungen

(kognitiv und/oder Hören)

☐☐☐☐

Besondere Verhaltensauffälligkeiten mit pflegerischem Interventionsbedarf:

Bestehen z. B. Unruhezustände, aggressives/abwehrendes Verhalten, Ängste oder andere Verhaltensweisen? Wenn ja, wie häufig (täglich, gelegentlich, selten)?

Behandlungspflege

Medikation

Injektion

Personelle Hilfe erforderlich?

Nein

Ja

☐☐☐☐

Häufigkeit

Täglich wie oft?

x täglich

x täglich

Sonstiges: