



Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift		

Feststellungen über die Art und Umfang der notwendigen und geleisteten Hilfe einschließlich aktivierender Pflege

gelegentlich oder geringfügig

ständig oder umfassend



1. An- und Auskleiden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Körperreinigung und -pflege	2.1 Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.2 Baden, Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.3 Frisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.4 Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.5 Haare waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.6 Mund- und Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.7 Nagelpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.8 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mahlzeiten	3.1 Hilfe beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.2 Hilfe beim Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.3 Mundgerechte Vorbereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.4 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Benutzung der Toilette Inkontinenzversorgung	4.1 Benutzung der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4.2 Gebrauch von Hilfsmitteln (Bettpfanne, Nachtstuhl, Urinflasche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4.3 Sauberhalten bei Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4.4 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zubettgehen und Aufstehen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. An- und Ablegen von Hilfsmitteln		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Feststellungen über die Art und Umfang der notwendigen und geleisteten Hilfe einschließlich aktivierender Pflege

gelegentlich oder geringfügig

ständig oder umfassend



7. Ausführen ärztlicher Verordnungen
- 7.1 Verabreichung von lebensnotwendigen Medikamenten / Spritzen
- 7.2 Einwirken auf die Einnahme lebensnotwendiger Medikamente
- 7.3 Wundpflege
- 7.4 _____

8. Mobilität
- 8.1 Hilfestellung beim Gehen
- 8.2 Hilfestellung bei Benutzung eines Rollstuhls
- 8.3 _____

9. Notwendigkeit, den Heimsuchenden zur selbständigen Erledigung persönlicher Verrichtungen des täglichen Lebens zu motivieren und anzuleiten
- 9.1 _____
- 9.2 _____
- 9.3 _____
- 9.4 _____

10. Notwendigkeit der Aufsicht
- | | morgens | mittags | abends | nachts |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.1 neigt zum Weglaufen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.2 neigt zum Zerstören | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.3 nicht orientiert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.4 gefährdet sich selbst und andere | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.5 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.6 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. Weitere Feststellungen
- | | Nein | Ja | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11.1 geh- und stehunfähig aber nicht ständig bettlägerig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 11.2 tagsüber bettlägerig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | überwiegend | ständig |
| 11.3 ist dauernde Nachtwache erforderlich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



11.4 Dauer der Hilflosigkeit	<input type="checkbox"/>	ständig	<input type="checkbox"/>	vor- übergehend
11.5 Unterbringung	<input type="checkbox"/>	Einzel- zimmer	<input type="checkbox"/>	Doppel- zimmer
11.6 Wird die notwendige Hilfe von anderen Heim- bewohnern geleistet?	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja Umfang ↓

12. Feststellungen des Arztes über Art, Umfang und Auswirkungen der Behinderung/des Leidens

12.1 Befund: *(möglichst deutsche Bezeichnungen verwenden)*

12.2 Funktionelle Einbußen: *(liegen insbesondere noch weitere als die unter Nr. 1 bis 11 genannten Auswirkungen der Behinderung / des Leidens vor?)*

... im körperlichen Bereich

... im geistig-seelischen Bereich *(z.B. depressiv, verstimmt, weinerlich, aggressiv, unberechenbar, motorisch unruhig)*

12.3 Vorschlag für sonstige Maßnahmen / Hilfsmittel :



12.4 Ist eine Änderung des Zustandes zu erwarten und daher eine Nachuntersuchung erforderlich?

Nein

Ja

_____ (Bitte Termin nennen!)

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes