

Name Pflegebedürftige*r:

Geburtsdatum:

Pflegebegründende 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 mindestens 6 Monate)

Ja

Nein

Aktivität (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 fremdübernommen
Mobilität				
Positionswechsel im Bett (Drehen um die Längsachse, Aufrichten)				
Halten einer stabilen Sitzposition (im Sessel)				
Umsetzen (Transfer)				
Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches (auf der selben Ebene)				
Körperbezogene Pflegemaßnahmen				
Waschen vorderer Oberkörper				
Waschen des Intimbereiches				
Duschen und Baden (Ober-/Unterkörper, Haare)				
An- und Auskleiden des Oberkörpers				
An- und Auskleiden des Unterkörpers				
Essen				
Ernährung parenteral/PEG/PEJ				
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				

Fähigkeit (Kognitive und kommunikative Fähigkeiten)

Die Fähigkeit ist:	vorhanden/ unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
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 (voraussichtlich über 6 Monate)

	Personelle Hilfe erforderlich?		Täglich (Wie oft wird verabreicht?)
	Ja	Nein	
Medikation			
Injektion			

Sonstiges

Datum, Unterschrift und Stempel
des*der behandelnden Arztes*Ärztin