

Zum Alten Feld 21+23
 63679 Schotten
 Tel.: 0 60 44 / 9 64 90-0
 Fax: 0 60 44 / 9 64 90-11

Erhebung der Pflegesituation

(von den Angehörigen, einer Pflegekraft oder vom Hausarzt auszufüllen)

Pflegebedürftiger (Familienname, Vorname, Geburtsdatum)
Adresse

	gelegentlich oder geringfügig Hilfe	ständig oder umfassend Hilfe
1 - An- und Auskleiden		
2 – Körperreinigung und Pflege		
2.1 Waschen		
2.2 Baden, Duschen		
2.3 Frisieren		
2.4 Rasieren		
2.5 Haare waschen		
2.6 Mund- und Zahnpflege		
2.7 Nagelpflege		
3 - Mahlzeiten		
3.1 Hilfe beim Essen		
3.2 Hilfe beim Trinken		
3.3 Mundgerechte Vorbereitung		
4- Benutzung der Toilette Inkontinenzversorgung		
4.1 Benutzung der Toilette		
4.2 Gebrauch von Hilfsmitteln (Bettpfanne, Nachtstuhl, Urinflasche)		
4.3 Sauberhalten bei Inkontinenz		
5 – Zubettgehen und Aufstehen		
6 – An- und Ablegen von Hilfsmitteln		
(Hörgeräte, Brille, Zahnprothesen, ect.)		
7 – Ausführen ärztlicher Verordnungen		
7.1 Verabreichung lebensnotwendiger Medikamente / Spritzen		
7.2 Einwirken auf die Einnahme lebensnotwendiger Medikamente		
7.3 Wundversorgung		
8 - Mobilität		
Hilfestellung beim Gehen		
Hilfe bei Benutzung eines Rollstuhls		

Ort, Datum _____

Unterschrift u. Stempel des Bearbeiters _____