

## Pflegeanamnese

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Folgenden benötigen wir einige Informationen zu Ihrem aktuellen Gesundheitszustand, die für Ihren Aufenthalt und die vorgesehenen Behandlungen notwendig sind. Bitte lesen Sie die Fragen aufmerksam durch und beantworten Sie diese in aller Ruhe in den dafür vorgesehenen Feldern (evtl. kann Ihnen ein Angehöriger oder Freund dabei behilflich sein).

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich zur Verfügung.

Bitte beachten Sie, dass die blau unterlegten Felder von den Mitarbeitern/innen der Universitätsmedizin Mainz ausgefüllt werden – vielen Dank!

Infoblatt in Landessprache ausgehändigt

### Personalien

Name

Vorname

Geb. am

Geburtsort

Straße

PLZ, Ort

Telefon

ehemaliger/ausgeübter Beruf

Gesetzlicher Rentenversicherungsträger (falls vorhanden)

Rentenversicherungsnummer (falls vorhanden)

**Familienstand:**  ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden



001002013

### Wie war die häusliche Versorgung vor dem Krankenhausaufenthalt?

selbstständig  durch Angehörige  ohne festen Wohnsitz  Pflegeheim  betreutes Wohnen

ambulanter Pflegedienst, Adresse: \_\_\_\_\_

Pflegeüberleitungsbogen vorhanden

### Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer oder eine Vorsorgevollmacht?

nein  ja, Betreuung / Vorsorgevollmacht durch \_\_\_\_\_  
(bitte Kopie für die Akten vorlegen)

### Haben Sie eine Patientenverfügung?

nein  ja, (bitte Kopie für die Akten vorlegen)

### Wurden Sie in einen Pflegegrad eingestuft?

nein  Pflegegrad I  Pflegegrad II  Pflegegrad III  Pflegegrad IV  Pflegegrad V

beantragt

### Wer soll im Notfall verständigt werden?

Hier haben Sie die Möglichkeit uns die Namen und Telefonnummern der Personen mitzuteilen, die im Notfall zu verständigen sind. Hiermit verbunden ist die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht diesen Personen gegenüber.

\_\_\_\_\_  
Name und Verwandtschaftsgrad

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Name und Verwandtschaftsgrad

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer



001002013

	wird von der Pflegefachkraft ausgefüllt					
	mitgebracht		Handlungsbedarf		Re-Assessment	
	J <sup>1</sup>	N <sup>2</sup>	J	N	J	N
<b>1. Bewegen</b>						
Haben Sie körperliche oder funktionelle Einschränkungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Lähmungen (Plegien) <input type="checkbox"/> Schwächen <input type="checkbox"/> Erschlaffungen (Paresen) <input type="checkbox"/> Sensibilitätsstörungen <input type="checkbox"/> Amputationen <input type="checkbox"/> Krämpfe (Spastiken) <input type="checkbox"/> verändertes Gangbild <input type="checkbox"/> Versteifung (Kontrakturen) Wo haben Sie diese Einschränkungen? _____ _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen Sie Hilfsmittel? <b>(Bitte bringen Sie diese nach Möglichkeit mit!)</b> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen <input type="checkbox"/> Orthesen <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Prothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in letzter Zeit gestürzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Aufgrund meines Fachwissens stelle ich fest, dass zzt. keine Sturzgefährdung besteht. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> beinahe wann? _____ Haben Sie sich bei Ihrem Sturz verletzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo? _____ Sturzrisikokala ausgefüllt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Einschätzung in Akte.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Gleichgewichtsstörungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Fallneigung			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Kommunikation</b>						
Haben Sie körperliche oder funktionelle Einschränkungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Sehschwäche <input type="checkbox"/> blind <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Hörschwäche <input type="checkbox"/> taub <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Sprachstörungen <input type="checkbox"/> stottern <input type="checkbox"/> stumm <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Wortfindungsstörungen <input type="checkbox"/> verwaschene Sprache <input type="checkbox"/> Aphasie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen Sie Hilfsmittel? <b>(Bitte bringen Sie diese nach Möglichkeit mit!)</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Augenprothese <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Deutschkenntnisse vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Dolmetscher erforderlich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche Sprache? _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Schlafen</b>						
Haben Sie Einschlaf- oder Durchschlafprobleme? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____ <input type="checkbox"/> schlafbezogene Atmungsstörungen (Schlafapnoe) CPAP (Beatmungsgerät) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Handhabung selbstständig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Körperpflege</b>						
Benötigen Sie Unterstützung bei der Körperpflege / beim Anziehen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Hilfestellung <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie ist Ihr Hauttyp? <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> feucht <input type="checkbox"/> fettig						
Haben Sie spezielle Pflegemittel? <b>(Bitte bringen Sie diese nach Möglichkeit mit!)</b> welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ist Ihre Haut intakt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Aufgrund meines Fachwissens stelle ich fest, dass zzt. keine Dekubitusgefährdung besteht. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/> Wunddokumentation angelegt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Druckgeschwür <input type="checkbox"/> Fotodokumentation angelegt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bradenskala ausgefüllt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Einschätzung in Akte.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Hautveränderungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo? _____ welche? _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Atmung</b>						
Haben Sie Atembeschwerden? <b>(Sollten Sie Dosieraerosole zur Linderung Ihrer Beschwerden verwenden, bringen Sie diese bitte mit!)</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____ <input type="checkbox"/> in Ruhe <input type="checkbox"/> bei Belastung <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Luftröhrenschnitt (Tracheostoma)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Sprechkanüle <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wieviel? _____						

<sup>1</sup> J = Ja  
<sup>2</sup> N = Nein



001002013

	wird von der Pflegefachkraft ausgefüllt					
	mitgebracht		Handlungsbedarf		Re-Assessment	
	J	N	J	N	J	N
<b>6. Ernährung</b>						
Benötigen Sie Hilfe bei der Nahrungsaufnahme? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Hilfe beim Richten <input type="checkbox"/> anreichen durch Pflegepersonal <input type="checkbox"/> Unterstützung durch Pflegepersonal			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Zahnprothese? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Vollprothese <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten Mundschleimhaut <input type="checkbox"/> intakt <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> entzündet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kostform / Diäten: <input type="checkbox"/> Vollkost <input type="checkbox"/> _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Essenswünsche? <input type="checkbox"/> ohne Schweinefleisch <input type="checkbox"/> ohne Fisch <input type="checkbox"/> vegetarisch <input type="checkbox"/> sonstige: _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Lebensmittelunverträglichkeiten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht bei Ihnen eine angeborene Stoffwechselerkrankung und/oder Mukoviszidose? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie sind ihre Trinkgewohnheiten? Trinkmenge _____ Liter / Tag			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Trinkmengenbeschränkung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja max. Trinkmenge _____ Liter / Tag			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wieviel und wie oft? _____						
Haben Sie Schluckstörungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Ernährungssonde über die Bauchdecke (PEG)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Magensonde? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ernährungsplan vorhanden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangelernährungsscreening (sobald ein ja / nicht einschätzbar angekreuzt bzw. BMI <18,5 ist → Risiko einer Mangelernährung) Haben Sie in den letzten 3 Monaten unbeabsichtigt an Gewicht verloren? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht einschätzbar Welche Körpergröße / welches Gewicht haben Sie? _____ cm _____ kg Body-Mass-Index _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Ausscheidung</b>						
Haben Sie Probleme bei der Urinausscheidung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> vermehrtes nächtliches Wasserlassen <input type="checkbox"/> häufiges Wasserlassen geringer Mengen <input type="checkbox"/> schmerzhaftes Wasserlassen <input type="checkbox"/> Harninkontinenz <input type="checkbox"/> Dranginkontinenz			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besonderheiten bei der Urinausscheidung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Dialyse Restharn: _____ ml / 24h <input type="checkbox"/> Einmalkatheterismus Häufigkeit: _____ x tägl. Selbstständig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinaireableitungssysteme? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Urostoma Material mitgebracht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> transurethraler Blasenkatheter Größe: _____ CH; gelegt am: _____ <input type="checkbox"/> Cystofix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Probleme bei der Stuhlausscheidung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Neigung zu Durchfall (Diarrhoe) <input type="checkbox"/> Neigung zu Verstopfung (Obstipation) <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
letzter Stuhlgang am: _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Abführmittel? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche und wie oft _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlaubleitungssysteme? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Colostoma <input type="checkbox"/> Ileostoma Material mitgebracht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



001002013

	wird von der Pflegefachkraft ausgefüllt					
	mitgebracht		Handlungsbedarf		Re-Assessment	
	J	N	J	N	J	N
<b>8. Schmerzen</b>						
Haben Sie Schmerzen?						
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> chronisch <input type="checkbox"/> Ruhe <input type="checkbox"/> Belastung						
Nehmen Sie Medikamente bzgl. der Schmerzen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja						
Wo haben Sie Schmerzen und welcher Art sind sie? (z.B. ziehend, pochend, stechend, dumpf)						
_____						
_____						
<b>9. Allergien</b>						
Leiden Sie an Allergien?						
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: _____						
_____						
<b>10. Raum für Bemerkung</b>						
_____						
_____						
_____						
_____						
_____						
_____						
_____						
<b>11. Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt</b>						
Wie ist Ihre Versorgung nach dem stationären Aufenthalt?						
<input type="checkbox"/> auf Hilfe angewiesen						
<input type="checkbox"/> selbstständig						
Bemerkungen: _____						
_____						
Beratung durch den Sozialdienst erwünscht? <input type="checkbox"/> ja						
<b>Hinweis</b>						
<b>Bitte geben Sie Ihre Wertsachen Ihren Angehörigen mit!</b>						

*Wir bedanken uns für Ihre Mühe und wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt und eine schnelle Genesung!*

Mainz, \_\_\_\_\_  
 Unterschrift der ausfüllenden Person (Patient, Angehöriger, Betreuer **und** Pflegefachkraft)

Re-Assessment bei Veränderung des Patientenversorgungsbedarfs

Mainz, \_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Pflegefachkraft

Evaluierung der Pflegeanamnese bei Wiederaufnahme (innerhalb von 6 Monaten)

Mainz, \_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Pflegefachkraft



001002013

## Von dem Pflegedienst auszufüllen:

**Wenn die Anamnese nicht von dem Patient / Angehörigen ausgefüllt werden kann,  
muss dies durch die Pflegefachkraft erfolgen!**

### Zusammenfassung des Aufnahmezustands

Angaben zur Pflegeanamnese erfolgten durch:	
<input type="checkbox"/> Patienten selbst	<input type="checkbox"/> durch Angehörige
<input type="checkbox"/> durch gesetzl. Betreuer	<input type="checkbox"/> durch Pflegefachkraft
<input type="checkbox"/> Dekubitus bei Aufnahme vorhanden	Wundmanagement anmelden
<input type="checkbox"/> Dekubitusrisiko bei Aufnahme vorhanden (siehe Bradenskala)	
<input type="checkbox"/> Sturzrisiko bei Aufnahme vorhanden (siehe Sturzeinschätzung)	
<input type="checkbox"/> wiederholte Krankenhausaufenthalte	
<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalte länger als 30 Tage	
<input type="checkbox"/> Übernahme aus einem anderen Krankenhaus	
<input type="checkbox"/> Patient älter als 70 Jahre	
<input type="checkbox"/> Mobilitätseinbußen	
<input type="checkbox"/> Hilfestellung bei der Körperpflege	
<input type="checkbox"/> vernachlässigte Körperpflege	
<input type="checkbox"/> Hilfestellung bei der Ausscheidung	
<input type="checkbox"/> Hilfestellung bei der Ernährung	
<input type="checkbox"/> Risiko für eine Mangelernährung	Ernährungsteam anmelden
<input type="checkbox"/> Ernährung über PEG / Magensonde	Ernährungsteam anmelden
<input type="checkbox"/> angeborene Stoffwechselerkrankung und/oder Mukoviszidose	Ernährungsteam anmelden
<input type="checkbox"/> Patient ist kognitiv eingeschränkt	siehe Screening „Kognition“ unten
<input type="checkbox"/> Pat. ist einem Pflegegrad zugeordnet	in SAP eingetragen
bei Aufnahme vorhandene Zugänge:	
<input type="checkbox"/> Venenverweilkanüle gelegt am: _____	
<input type="checkbox"/> ZVK gelegt am: _____	
<input type="checkbox"/> PORT gelegt am: _____	
<input type="checkbox"/> Hickman gelegt am: _____	
<input type="checkbox"/> Sheldon-Katheter gelegt am: _____	
<input type="checkbox"/> _____ gelegt am: _____	
<input type="checkbox"/> Dialyse-Shunt <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	
<input type="checkbox"/> Dialyseprotokoll	

### Abbildung des poststationären Versorgungsbedarfs

	<b>Bitte im Entlassplan anmelden und dokumentieren!</b>
<input type="checkbox"/> voraussichtlich kein poststationärer Handlungsbedarf	
<input type="checkbox"/> poststationärer Versorgungsbedarf	<input type="checkbox"/> Casemanagement <input type="checkbox"/> Sozial- u. Pflegeberatung <input type="checkbox"/> Stomatherapie <input type="checkbox"/> Wundmanagement <input type="checkbox"/> Ernährungsteam
<input type="checkbox"/> Versorgung gewährleistet durch: _____	
<b>Screening: Kognition</b> (bei falscher / unsicherer Antwort oder Auffälligkeit der Beobachtung bitte das Kästchen ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Pat. wirkt unsicher oder ratlos	<input type="checkbox"/> Pat. bewegt sich nicht mit sicherer Orientierung auf Station.
<input type="checkbox"/> Wie alt sind Sie?	<input type="checkbox"/> Was ist der genaue Grund Ihrer stationären Aufnahme?
<input type="checkbox"/> Wissen Sie, wo genau wir uns jetzt gerade befinden?	<i>DMS Dokument: Delir Konzept (D49985 Kurzfassung, D49984)</i>
<input type="checkbox"/> Pat. hat eine Hinlauftendenz	<i>DMS Dokument: Hinlauftendenz (D49954)</i>

**Bei Veränderungen während des Krankenhausaufenthalts, die einen poststationären Handlungsbedarf erforderlich machen, muss die Spalte „Re-Assessment“ ausgefüllt werden!**

Mainz, \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Unterschrift der ausarbeitenden Pflegefachkraft

Zur Kenntnis genommen

Mainz, \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Pflegefachkraft auf Station

Pat. hat keinen besonderen Pflegebedarf, daher ist kein Barthel-Index auszufüllen

Hamburger Einstufungsmanual		Aufnahme Datum:	Zwischen Datum:	Zwischen Datum:
Barthel-Index				
Essen/ Trinken	<i>komplett selbständig <u>oder</u> selbständige PEG-Versorgung</i>	10	10	10
	<i>Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber <u>selbständiges Einnehmen</u> <u>oder</u> Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung</i>	5	5	5
	<i>kein selbständiges Einnehmen <u>und</u> keine MS/PEG-Ernährung</i>	0	0	0
Auf- setzen/ Um- setzen	<i>komplett selbständig aus <u>liegender</u> Position in (Roll-)Stuhl und zurück</i>	15	15	15
	<i>Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)</i>	10	10	10
	<i>erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)</i>	5	5	5
	<i>wird faktisch <u>nicht aus dem Bett transferiert</u></i>	0	0	0
Sich waschen	<i>vor Ort komplett selbständig <u>incl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren</u></i>	5	5	5
	<i>erfüllt „5“ nicht</i>	0	0	0
Toiletten benutz- ung	<i>vor Ort komplett <u>selbständige</u> Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl <u>incl. Spülung / Reinigung</u></i>	10	10	10
	<i>vor Ort <u>Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung</u> erforderlich</i>	5	5	5
	<i>benutzt faktisch <u>weder Toilette noch Toilettenstuhl</u></i>	0	0	0
Baden und Duschen	<i><u>selbständiges Baden <u>oder</u> Duschen</u> incl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen</i>	5	5	5
	<i>erfüllt „5“ nicht</i>	0	0	0
Auf- stehen und Gehen	<i>ohne Aufsicht oder personelle Hilfe <u>vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>ohne</u> Gehwagen</u> (aber ggf. Stöcken/Gehstützen) <u>gehen</u></i>	15	15	15
	<i>ohne Aufsicht oder personelle Hilfe <u>vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>mit Hilfe eines Gehwagens</u> gehen</u></i>	10	10	10
	<i><u>mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen <u>alternativ: im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl</u></u></i>	5	5	5
	<i>erfüllt „5“ nicht</i>	0	0	0
Treppen steigen	<i>ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. incl. Stöcken/Gehstützen) mindestens <u>ein Stockwerk hinauf <u>und</u> hinuntersteigen</u></i>	10	10	10
	<i><u>mit Aufsicht oder Laienhilfe</u> mind. <u>ein Stockwerk hinauf <u>und</u> hinunter</u></i>	5	5	5
	<i>erfüllt „5“ nicht</i>	0	0	0
An- und Auskleiden	<i>zieht sich <u>in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe</u> (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. ATS, Prothesen) <u>an und aus</u></i>	10	10	10
	<i>kleidet mindestens <u>den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus</u>, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind</i>	5	5	5
	<i>erfüllt „5“ nicht</i>	0	0	0
Stuhl- inkontinenz	<i>ist <u>stuhlinkontinent</u>, ggf. <u>selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung</u></i>	10	10	10
	<i>ist durchschnittlich <u>nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent</u> <u>oder</u> benötigt <u>Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen / AP-Versorgung</u></i>	5	5	5
	<i>ist durchschnittlich <u>mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent</u></i>	0	0	0
Harn- inkontinenz	<i>ist <u>harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz / versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg</u> (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)</i>	10	10	10
	<i><u>kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) <u>oder</u> benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems</u></i>	5	5	5
	<i>ist durchschnittlich <u>mehr als 1x/Tag harninkontinent</u></i>	0	0	0
<b>Summe (max. 100 Punkte):</b>				
<b>Handzeichen Pflegefachkraft:</b>				



001002013