



Pflegetagebuch

Hilfestellung bei der Pflegegeldeinstufung



Das Pflegetagebuch

Das Pflegetagebuch bietet die Möglichkeit, auf den einzelnen Tagebuchseiten die täglichen Hilfestellungen zu notieren. Diese detaillierte Dokumentation gibt einen guten Überblick über die geleistete Betreuung und die dafür benötigte Zeit. Alle Pflegetätigkeiten sollten über einen Zeitraum von einer Woche täglich festgehalten werden.

Im Abschnitt Besonderheiten sind Auffälligkeiten zu vermerken, die sich auf den individuellen Betreuungs- und Beaufsichtigungbedarf beziehen. Darunter fallen zum Beispiel Unruhestände in der Nacht oder stark wechselnder Allgemeinzustand.

Vorbereitung auf Begutachtung

Was ist insbesondere zu überlegen:

- Nächtliche Unruhe (22:00 bis 6:00 Uhr)
- Nächtliche Pflegeleistungen (22:00 bis 6:00 Uhr)
- Besondere Inkontinenzprobleme
- Dauern bestimmte Verrichtungen besonders lange
- Häufigkeit der Verrichtungen
- Stürze
- Rollstuhlfahrer
- Hochgradige Sehbehinderung/Blindheit (fachärztliche Bestätigung erforderlich)
- Demenzkrankheit (fachärztliche Bestätigung von Vorteil)
- Weglauftendenz
- Eigen- oder Fremdgefährlichkeit
- Gegenwehr, zwei Pflegepersonen, ...
- Aggressivität

Die Rolle der Pflegenden

Auf Wunsch des Pflegebedürftigen (oder seines gesetzlichen Vertreters), ist bei der Untersuchung/Begutachtung die Anwesenheit und Anhörung einer Person seines Vertrauens zu berücksichtigen.

Die Angaben der Vertrauensperson sind in angemessener Weise vom (ärztlichen) Sachverständigen im Sinne der Außenanamnese zu erheben und im Sachverständigengutachten anzuführen (§ 29 Z 3 RL).

Für weitere Fragen stehen Ihnen unsere
Kordinatorinnen für Betreuung und Pflege gerne zur Verfügung:

KBP Dantler Eva
0664 / 96 88 551

KBP Hasibeder Maria
0664 / 88 26 39 59

KBP Hölzl Ingrid
0664 / 88 61 28 78

Name des Pflegebedürftigen:

Datum:

| Erforderliche Hilfe bei | Angabe in Minuten | | | | | x | | |
|--|-------------------|---------|-------------|--------|--------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------|
| | morgens | mittags | nachmittags | abends | nachts 22-6 Uhr | Anleitung / Beaufsichtigung | teilweise Übernahme | volle Übernahme |
| Körperpflege | | | | | | | | |
| Waschen im Bett oder beim Waschbecken | | | | | | | | |
| Duschen/Baden | | | | | | | | |
| Zahn-/Prothesenpflege | | | | | | | | |
| Haare waschen und föhnen | | | | | | | | |
| Frisieren | | | | | | | | |
| Rasieren | | | | | | | | |
| Nagelpflege | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Ernährung | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Zubereitung von Mahlzeiten | | | | | | | | |
| Einnehmen/Eingeben von Mahlzeiten | | | | | | | | |
| Getränkeaufnahme | | | | | | | | |
| Reinigung des Koch- und Essgeschirrs | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Medikamente | | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Vorbereitung der Medikamente | | | | | | | | |
| Medikamenteneinnahme | | | | | | | | |
| Mörsern der Medikamente | | | | | | | | |
| Insulingabe | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Mobilität | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Aufstehen/Zubettgehen | | | | | | | | |
| Treppensteigen | | | | | | | | |
| Aufstehen vom Sessel/Rollstuhl | | | | | | | | |
| Gehen/Bewegen in der Wohnung | | | | | | | | |
| Transfer Rollstuhl/Bett | | | | | | | | |
| Lagewechsel im Bett | | | | | | | | |
| Keine zielgerichteten Bewegungen der Extremitäten möglich | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Erforderliche Hilfe bei | Angabe in Minuten | | | | | x | | |
|--|-------------------|---------|-------------|--------|--------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------|
| | morgens | mittags | nachmittags | abends | nachts 22-6 Uhr | Anleitung / Beaufsichtigung | teilweise Übernahme | volle Übernahme |
| An- und Auskleiden | | | | | | | | |
| Vorbereitung d. Kleidung und Kontrolle | | | | | | | | |
| An- und Auskleiden obere Gliedmaßen | | | | | | | | |
| An- und Auskleiden untere Gliedmaßen | | | | | | | | |
| Stützstrümpfe/Bandagen anlegen | | | | | | | | |
| Schnüren v. Schuhen/kleine Knöpfe | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Ausscheidung | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Reinigung nach Ausscheidung | | | | | | | | |
| Aufforderung und Kontrolle | | | | | | | | |
| Wechsel von Inkontinenzmaterial | | | | | | | | |
| Harnflasche/Leibstuhl entleeren und reinigen | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Spezielle Pflege | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Anus-Präter-Pflege (Versorgung eines künstl. Darmausganges) | | | | | | | | |
| Kanülen- oder Sondenpflege (z. B. Ernährungssonde) | | | | | | | | |
| Katheter-Pflege | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Fixwerte | Ja | Nein |
|--|----|------|
| Besorgen von Nahrungsmitteln/Medikamenten/Bedarfsgütern | | |
| Reinigen der Wohnung und persönlichen Gebrauchsgegenständen | | |
| Pflege der Leib- und Bettwäsche (reinigen, aufhängen und bügeln) | | |
| Beheizen des Wohnraumes und/oder Besorgen des Heizmaterials | | |
| Mobilitätshilfe im weiteren Sinn (Begleitung bei Wegen außer Haus) | | |
| Erschwerende Faktoren für Personen mit schwerer geistiger oder psychischer Beeinträchtigung (insbesondere bei Demenzkranken) | | |
| Motivationsgespräche | | |
| | | |
| | | |

Besonderheiten:

Name des Pflegebedürftigen:

Datum:

| Erforderliche Hilfe bei | Angabe in Minuten | | | | | x | | |
|--|-------------------|---------|-------------|--------|--------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------|
| | morgens | mittags | nachmittags | abends | nachts 22-6 Uhr | Anleitung / Beaufsichtigung | teilweise Übernahme | volle Übernahme |
| Körperpflege | | | | | | | | |
| Waschen im Bett oder beim Waschbecken | | | | | | | | |
| Duschen/Baden | | | | | | | | |
| Zahn-/Prothesenpflege | | | | | | | | |
| Haare waschen und föhnen | | | | | | | | |
| Frisieren | | | | | | | | |
| Rasieren | | | | | | | | |
| Nagelpflege | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Ernährung | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Zubereitung von Mahlzeiten | | | | | | | | |
| Einnehmen/Eingeben von Mahlzeiten | | | | | | | | |
| Getränkeaufnahme | | | | | | | | |
| Reinigung des Koch- und Essgeschirrs | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Medikamente | | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Vorbereitung der Medikamente | | | | | | | | |
| Medikamenteneinnahme | | | | | | | | |
| Mörsern der Medikamente | | | | | | | | |
| Insulingabe | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Mobilität | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Aufstehen/Zubettgehen | | | | | | | | |
| Treppensteigen | | | | | | | | |
| Aufstehen vom Sessel/Rollstuhl | | | | | | | | |
| Gehen/Bewegen in der Wohnung | | | | | | | | |
| Transfer Rollstuhl/Bett | | | | | | | | |
| Lagewechsel im Bett | | | | | | | | |
| Keine zielgerichteten Bewegungen der Extremitäten möglich | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Erforderliche Hilfe bei | Angabe in Minuten | | | | | x | | |
|--|-------------------|---------|-------------|--------|--------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------|
| | morgens | mittags | nachmittags | abends | nachts 22-6 Uhr | Anleitung / Beaufsichtigung | teilweise Übernahme | volle Übernahme |
| An- und Auskleiden | | | | | | | | |
| Vorbereitung d. Kleidung und Kontrolle | | | | | | | | |
| An- und Auskleiden obere Gliedmaßen | | | | | | | | |
| An- und Auskleiden untere Gliedmaßen | | | | | | | | |
| Stützstrümpfe/Bandagen anlegen | | | | | | | | |
| Schnüren v. Schuhen/kleine Knöpfe | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Ausscheidung | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Reinigung nach Ausscheidung | | | | | | | | |
| Aufforderung und Kontrolle | | | | | | | | |
| Wechsel von Inkontinenzmaterial | | | | | | | | |
| Harnflasche/Leibstuhl entleeren und reinigen | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Spezielle Pflege | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Anus-Präter-Pflege (Versorgung eines künstl. Darmausganges) | | | | | | | | |
| Kanülen- oder Sondenpflege (z. B. Ernährungssonde) | | | | | | | | |
| Katheter-Pflege | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Fixwerte | Ja | Nein |
|--|----|------|
| Besorgen von Nahrungsmitteln/Medikamenten/Bedarfsgütern | | |
| Reinigen der Wohnung und persönlichen Gebrauchsgegenständen | | |
| Pflege der Leib- und Bettwäsche (reinigen, aufhängen und bügeln) | | |
| Beheizen des Wohnraumes und/oder Besorgen des Heizmaterials | | |
| Mobilitätshilfe im weiteren Sinn (Begleitung bei Wegen außer Haus) | | |
| Erschwerende Faktoren für Personen mit schwerer geistiger oder psychischer Beeinträchtigung (insbesondere bei Demenzkranken) | | |
| Motivationsgespräche | | |
| | | |
| | | |

Besonderheiten:

Name des Pflegebedürftigen:

Datum:

| Erforderliche Hilfe bei | Angabe in Minuten | | | | | x | | |
|--|-------------------|---------|-------------|--------|--------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------|
| | morgens | mittags | nachmittags | abends | nachts 22-6 Uhr | Anleitung / Beaufsichtigung | teilweise Übernahme | volle Übernahme |
| Körperpflege | | | | | | | | |
| Waschen im Bett oder beim Waschbecken | | | | | | | | |
| Duschen/Baden | | | | | | | | |
| Zahn-/Prothesenpflege | | | | | | | | |
| Haare waschen und föhnen | | | | | | | | |
| Frisieren | | | | | | | | |
| Rasieren | | | | | | | | |
| Nagelpflege | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Ernährung | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Zubereitung von Mahlzeiten | | | | | | | | |
| Einnehmen/Eingeben von Mahlzeiten | | | | | | | | |
| Getränkeaufnahme | | | | | | | | |
| Reinigung des Koch- und Essgeschirrs | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Medikamente | | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Vorbereitung der Medikamente | | | | | | | | |
| Medikamenteneinnahme | | | | | | | | |
| Mörsern der Medikamente | | | | | | | | |
| Insulingabe | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Mobilität | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Aufstehen/Zubettgehen | | | | | | | | |
| Treppensteigen | | | | | | | | |
| Aufstehen vom Sessel/Rollstuhl | | | | | | | | |
| Gehen/Bewegen in der Wohnung | | | | | | | | |
| Transfer Rollstuhl/Bett | | | | | | | | |
| Lagewechsel im Bett | | | | | | | | |
| Keine zielgerichteten Bewegungen der Extremitäten möglich | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Erforderliche Hilfe bei | Angabe in Minuten | | | | | x | | |
|--|-------------------|---------|-------------|--------|--------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------|
| | morgens | mittags | nachmittags | abends | nachts 22-6 Uhr | Anleitung / Beaufsichtigung | teilweise Übernahme | volle Übernahme |
| An- und Auskleiden | | | | | | | | |
| Vorbereitung d. Kleidung und Kontrolle | | | | | | | | |
| An- und Auskleiden obere Gliedmaßen | | | | | | | | |
| An- und Auskleiden untere Gliedmaßen | | | | | | | | |
| Stützstrümpfe/Bandagen anlegen | | | | | | | | |
| Schnüren v. Schuhen/kleine Knöpfe | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Ausscheidung | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Reinigung nach Ausscheidung | | | | | | | | |
| Aufforderung und Kontrolle | | | | | | | | |
| Wechsel von Inkontinenzmaterial | | | | | | | | |
| Harnflasche/Leibstuhl entleeren und reinigen | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Spezielle Pflege | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Anus-Präter-Pflege (Versorgung eines künstl. Darmausganges) | | | | | | | | |
| Kanülen- oder Sondenpflege (z. B. Ernährungssonde) | | | | | | | | |
| Katheter-Pflege | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Fixwerte | Ja | Nein |
|--|----|------|
| Besorgen von Nahrungsmitteln/Medikamenten/Bedarfsgütern | | |
| Reinigen der Wohnung und persönlichen Gebrauchsgegenständen | | |
| Pflege der Leib- und Bettwäsche (reinigen, aufhängen und bügeln) | | |
| Beheizen des Wohnraumes und/oder Besorgen des Heizmaterials | | |
| Mobilitätshilfe im weiteren Sinn (Begleitung bei Wegen außer Haus) | | |
| Erschwerende Faktoren für Personen mit schwerer geistiger oder psychischer Beeinträchtigung (insbesondere bei Demenzkranken) | | |
| Motivationsgespräche | | |
| | | |
| | | |

Besonderheiten:

Name des Pflegebedürftigen:

Datum:

| Erforderliche Hilfe bei | Angabe in Minuten | | | | | x | | |
|--|-------------------|---------|-------------|--------|--------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------|
| | morgens | mittags | nachmittags | abends | nachts 22-6 Uhr | Anleitung / Beaufsichtigung | teilweise Übernahme | volle Übernahme |
| Körperpflege | | | | | | | | |
| Waschen im Bett oder beim Waschbecken | | | | | | | | |
| Duschen/Baden | | | | | | | | |
| Zahn-/Prothesenpflege | | | | | | | | |
| Haare waschen und föhnen | | | | | | | | |
| Frisieren | | | | | | | | |
| Rasieren | | | | | | | | |
| Nagelpflege | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Ernährung | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Zubereitung von Mahlzeiten | | | | | | | | |
| Einnehmen/Eingeben von Mahlzeiten | | | | | | | | |
| Getränkeaufnahme | | | | | | | | |
| Reinigung des Koch- und Essgeschirrs | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Medikamente | | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Vorbereitung der Medikamente | | | | | | | | |
| Medikamenteneinnahme | | | | | | | | |
| Mörsern der Medikamente | | | | | | | | |
| Insulingabe | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Mobilität | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Aufstehen/Zubettgehen | | | | | | | | |
| Treppensteigen | | | | | | | | |
| Aufstehen vom Sessel/Rollstuhl | | | | | | | | |
| Gehen/Bewegen in der Wohnung | | | | | | | | |
| Transfer Rollstuhl/Bett | | | | | | | | |
| Lagewechsel im Bett | | | | | | | | |
| Keine zielgerichteten Bewegungen der Extremitäten möglich | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Erforderliche Hilfe bei | Angabe in Minuten | | | | | x | | |
|--|-------------------|---------|-------------|--------|--------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------|
| | morgens | mittags | nachmittags | abends | nachts 22-6 Uhr | Anleitung / Beaufsichtigung | teilweise Übernahme | volle Übernahme |
| An- und Auskleiden | | | | | | | | |
| Vorbereitung d. Kleidung und Kontrolle | | | | | | | | |
| An- und Auskleiden obere Gliedmaßen | | | | | | | | |
| An- und Auskleiden untere Gliedmaßen | | | | | | | | |
| Stützstrümpfe/Bandagen anlegen | | | | | | | | |
| Schnüren v. Schuhen/kleine Knöpfe | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Ausscheidung | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Reinigung nach Ausscheidung | | | | | | | | |
| Aufforderung und Kontrolle | | | | | | | | |
| Wechsel von Inkontinenzmaterial | | | | | | | | |
| Harnflasche/Leibstuhl entleeren und reinigen | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Spezielle Pflege | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Anus-Präter-Pflege (Versorgung eines künstl. Darmausganges) | | | | | | | | |
| Kanülen- oder Sondenpflege (z. B. Ernährungssonde) | | | | | | | | |
| Katheter-Pflege | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Fixwerte | Ja | Nein |
|--|----|------|
| Besorgen von Nahrungsmitteln/Medikamenten/Bedarfsgütern | | |
| Reinigen der Wohnung und persönlichen Gebrauchsgegenständen | | |
| Pflege der Leib- und Bettwäsche (reinigen, aufhängen und bügeln) | | |
| Beheizen des Wohnraumes und/oder Besorgen des Heizmaterials | | |
| Mobilitätshilfe im weiteren Sinn (Begleitung bei Wegen außer Haus) | | |
| Erschwerende Faktoren für Personen mit schwerer geistiger oder psychischer Beeinträchtigung (insbesondere bei Demenzkranken) | | |
| Motivationsgespräche | | |
| | | |
| | | |

Besonderheiten:

Name des Pflegebedürftigen:

Datum:

| Erforderliche Hilfe bei | Angabe in Minuten | | | | | x | | |
|--|-------------------|---------|-------------|--------|--------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------|
| | morgens | mittags | nachmittags | abends | nachts 22-6 Uhr | Anleitung / Beaufsichtigung | teilweise Übernahme | volle Übernahme |
| Körperpflege | | | | | | | | |
| Waschen im Bett oder beim Waschbecken | | | | | | | | |
| Duschen/Baden | | | | | | | | |
| Zahn-/Prothesenpflege | | | | | | | | |
| Haare waschen und föhnen | | | | | | | | |
| Frisieren | | | | | | | | |
| Rasieren | | | | | | | | |
| Nagelpflege | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Ernährung | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Zubereitung von Mahlzeiten | | | | | | | | |
| Einnehmen/Eingeben von Mahlzeiten | | | | | | | | |
| Getränkeaufnahme | | | | | | | | |
| Reinigung des Koch- und Essgeschirrs | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Medikamente | | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Vorbereitung der Medikamente | | | | | | | | |
| Medikamenteneinnahme | | | | | | | | |
| Mörsern der Medikamente | | | | | | | | |
| Insulingabe | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Mobilität | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Aufstehen/Zubettgehen | | | | | | | | |
| Treppensteigen | | | | | | | | |
| Aufstehen vom Sessel/Rollstuhl | | | | | | | | |
| Gehen/Bewegen in der Wohnung | | | | | | | | |
| Transfer Rollstuhl/Bett | | | | | | | | |
| Lagewechsel im Bett | | | | | | | | |
| Keine zielgerichteten Bewegungen der Extremitäten möglich | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Erforderliche Hilfe bei | Angabe in Minuten | | | | | x | | |
|--|-------------------|---------|-------------|--------|--------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------|
| | morgens | mittags | nachmittags | abends | nachts 22-6 Uhr | Anleitung / Beaufsichtigung | teilweise Übernahme | volle Übernahme |
| An- und Auskleiden | | | | | | | | |
| Vorbereitung d. Kleidung und Kontrolle | | | | | | | | |
| An- und Auskleiden obere Gliedmaßen | | | | | | | | |
| An- und Auskleiden untere Gliedmaßen | | | | | | | | |
| Stützstrümpfe/Bandagen anlegen | | | | | | | | |
| Schnüren v. Schuhen/kleine Knöpfe | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Ausscheidung | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Reinigung nach Ausscheidung | | | | | | | | |
| Aufforderung und Kontrolle | | | | | | | | |
| Wechsel von Inkontinenzmaterial | | | | | | | | |
| Harnflasche/Leibstuhl entleeren und reinigen | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Spezielle Pflege | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Anus-Präter-Pflege (Versorgung eines künstl. Darmausganges) | | | | | | | | |
| Kanülen- oder Sondenpflege (z. B. Ernährungssonde) | | | | | | | | |
| Katheter-Pflege | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Fixwerte | Ja | Nein |
|--|----|------|
| Besorgen von Nahrungsmitteln/Medikamenten/Bedarfsgütern | | |
| Reinigen der Wohnung und persönlichen Gebrauchsgegenständen | | |
| Pflege der Leib- und Bettwäsche (reinigen, aufhängen und bügeln) | | |
| Beheizen des Wohnraumes und/oder Besorgen des Heizmaterials | | |
| Mobilitätshilfe im weiteren Sinn (Begleitung bei Wegen außer Haus) | | |
| Erschwerende Faktoren für Personen mit schwerer geistiger oder psychischer Beeinträchtigung (insbesondere bei Demenzkranken) | | |
| Motivationsgespräche | | |
| | | |
| | | |

Besonderheiten:

Name des Pflegebedürftigen:

Datum:

| Erforderliche Hilfe bei | Angabe in Minuten | | | | | x | | |
|--|-------------------|---------|-------------|--------|--------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------|
| | morgens | mittags | nachmittags | abends | nachts 22-6 Uhr | Anleitung / Beaufsichtigung | teilweise Übernahme | volle Übernahme |
| Körperpflege | | | | | | | | |
| Waschen im Bett oder beim Waschbecken | | | | | | | | |
| Duschen/Baden | | | | | | | | |
| Zahn-/Prothesenpflege | | | | | | | | |
| Haare waschen und föhnen | | | | | | | | |
| Frisieren | | | | | | | | |
| Rasieren | | | | | | | | |
| Nagelpflege | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Ernährung | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Zubereitung von Mahlzeiten | | | | | | | | |
| Einnehmen/Eingeben von Mahlzeiten | | | | | | | | |
| Getränkeaufnahme | | | | | | | | |
| Reinigung des Koch- und Essgeschirrs | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Medikamente | | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Vorbereitung der Medikamente | | | | | | | | |
| Medikamenteneinnahme | | | | | | | | |
| Mörsern der Medikamente | | | | | | | | |
| Insulingabe | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Mobilität | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Aufstehen/Zubettgehen | | | | | | | | |
| Treppensteigen | | | | | | | | |
| Aufstehen vom Sessel/Rollstuhl | | | | | | | | |
| Gehen/Bewegen in der Wohnung | | | | | | | | |
| Transfer Rollstuhl/Bett | | | | | | | | |
| Lagewechsel im Bett | | | | | | | | |
| Keine zielgerichteten Bewegungen der Extremitäten möglich | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Erforderliche Hilfe bei | Angabe in Minuten | | | | | x | | |
|--|-------------------|---------|-------------|--------|--------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------|
| | morgens | mittags | nachmittags | abends | nachts 22-6 Uhr | Anleitung / Beaufsichtigung | teilweise Übernahme | volle Übernahme |
| An- und Auskleiden | | | | | | | | |
| Vorbereitung d. Kleidung und Kontrolle | | | | | | | | |
| An- und Auskleiden obere Gliedmaßen | | | | | | | | |
| An- und Auskleiden untere Gliedmaßen | | | | | | | | |
| Stützstrümpfe/Bandagen anlegen | | | | | | | | |
| Schnüren v. Schuhen/kleine Knöpfe | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Ausscheidung | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Reinigung nach Ausscheidung | | | | | | | | |
| Aufforderung und Kontrolle | | | | | | | | |
| Wechsel von Inkontinenzmaterial | | | | | | | | |
| Harnflasche/Leibstuhl entleeren und reinigen | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Spezielle Pflege | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Anus-Präter-Pflege (Versorgung eines künstl. Darmausganges) | | | | | | | | |
| Kanülen- oder Sondenpflege (z. B. Ernährungssonde) | | | | | | | | |
| Katheter-Pflege | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Fixwerte | Ja | Nein |
|--|----|------|
| Besorgen von Nahrungsmitteln/Medikamenten/Bedarfsgütern | | |
| Reinigen der Wohnung und persönlichen Gebrauchsgegenständen | | |
| Pflege der Leib- und Bettwäsche (reinigen, aufhängen und bügeln) | | |
| Beheizen des Wohnraumes und/oder Besorgen des Heizmaterials | | |
| Mobilitätshilfe im weiteren Sinn (Begleitung bei Wegen außer Haus) | | |
| Erschwerende Faktoren für Personen mit schwerer geistiger oder psychischer Beeinträchtigung (insbesondere bei Demenzkranken) | | |
| Motivationsgespräche | | |
| | | |
| | | |

Besonderheiten:

Name des Pflegebedürftigen:

Datum:

| Erforderliche Hilfe bei | Angabe in Minuten | | | | | x | | |
|--|-------------------|---------|-------------|--------|--------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------|
| | morgens | mittags | nachmittags | abends | nachts 22-6 Uhr | Anleitung / Beaufsichtigung | teilweise Übernahme | volle Übernahme |
| Körperpflege | | | | | | | | |
| Waschen im Bett oder beim Waschbecken | | | | | | | | |
| Duschen/Baden | | | | | | | | |
| Zahn-/Prothesenpflege | | | | | | | | |
| Haare waschen und föhnen | | | | | | | | |
| Frisieren | | | | | | | | |
| Rasieren | | | | | | | | |
| Nagelpflege | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Ernährung | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Zubereitung von Mahlzeiten | | | | | | | | |
| Einnehmen/Eingeben von Mahlzeiten | | | | | | | | |
| Getränkeaufnahme | | | | | | | | |
| Reinigung des Koch- und Essgeschirrs | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Medikamente | | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Vorbereitung der Medikamente | | | | | | | | |
| Medikamenteneinnahme | | | | | | | | |
| Mörsern der Medikamente | | | | | | | | |
| Insulingabe | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Mobilität | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Aufstehen/Zubettgehen | | | | | | | | |
| Treppensteigen | | | | | | | | |
| Aufstehen vom Sessel/Rollstuhl | | | | | | | | |
| Gehen/Bewegen in der Wohnung | | | | | | | | |
| Transfer Rollstuhl/Bett | | | | | | | | |
| Lagewechsel im Bett | | | | | | | | |
| Keine zielgerichteten Bewegungen der Extremitäten möglich | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Erforderliche Hilfe bei | Angabe in Minuten | | | | | x | | |
|--|-------------------|---------|-------------|--------|--------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------|
| | morgens | mittags | nachmittags | abends | nachts 22-6 Uhr | Anleitung / Beaufsichtigung | teilweise Übernahme | volle Übernahme |
| An- und Auskleiden | | | | | | | | |
| Vorbereitung d. Kleidung und Kontrolle | | | | | | | | |
| An- und Auskleiden obere Gliedmaßen | | | | | | | | |
| An- und Auskleiden untere Gliedmaßen | | | | | | | | |
| Stützstrümpfe/Bandagen anlegen | | | | | | | | |
| Schnüren v. Schuhen/kleine Knöpfe | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Ausscheidung | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Reinigung nach Ausscheidung | | | | | | | | |
| Aufforderung und Kontrolle | | | | | | | | |
| Wechsel von Inkontinenzmaterial | | | | | | | | |
| Harnflasche/Leibstuhl entleeren und reinigen | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Spezielle Pflege | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Anus-Präter-Pflege (Versorgung eines künstl. Darmausganges) | | | | | | | | |
| Kanülen- oder Sondenpflege (z. B. Ernährungssonde) | | | | | | | | |
| Katheter-Pflege | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Fixwerte | Ja | Nein |
|--|----|------|
| Besorgen von Nahrungsmitteln/Medikamenten/Bedarfsgütern | | |
| Reinigen der Wohnung und persönlichen Gebrauchsgegenständen | | |
| Pflege der Leib- und Bettwäsche (reinigen, aufhängen und bügeln) | | |
| Beheizen des Wohnraumes und/oder Besorgen des Heizmaterials | | |
| Mobilitätshilfe im weiteren Sinn (Begleitung bei Wegen außer Haus) | | |
| Erschwerende Faktoren für Personen mit schwerer geistiger oder psychischer Beeinträchtigung (insbesondere bei Demenzkranken) | | |
| Motivationsgespräche | | |
| | | |
| | | |

Besonderheiten:
