

	Selbständig (ohne fremde Hilfe)	teilweise selbständig (Unterstützung durch andere wird benötigt)	Unselbständig (keine eigene Beteiligung möglich)
Pflege des Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen des Intimbereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen und Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüssigkeitsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Fähigkeit vorhanden	Fähigkeit leicht bis mittel- gradig eingeschränkt	Fähigkeit nicht vorhanden
Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnis/Erinnerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begreifen/Denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme an Gesprächen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nie	häufig, aber nicht täglich (Eingreifen durch andere erforderlich)	täglich (Eingreifen durch andere erforderlich)
Verhaltensauffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgeprägte Ängste/Panik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahn/Halluzinationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Selbständig (ohne fremde Hilfe)	teilweise selbständig (Unterstützung durch andere wird benötigt)	Unselbständig (keine eigene Beteiligung möglich)
Tagesgestaltung/Aufbau oder Erhalt von Sozialkontakten/Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wann traten erstmalig Beeinträchtigungen auf?

Erfolgen auch während der Nacht Hilfeleistungen?

(z. B. Lagern, Toilettengänge, Wechsel der Inkontinenzartikel, Beruhigen, Medikamentengabe, Sauerstoffgabe)

ja nein

Wenn ja, warum und wie oft?

Besteht ein Unterstützungsbedarf bei der Haushaltsführung?

ja nein

(z. B. Einkaufen, Kochen, Wohnungsreinigung, Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Behördenangelegenheiten)

Pflegeprotokoll - Seite 4 - VNR:

4 Erfolgen medizinische Versorgungen oder Therapiemaßnahmen in der häuslichen Umgebung oder außerhalb des Hauses?
(z. B. Arztbesuche, Krankengymnastik, Wundversorgung)

Name des Arztes/Therapeuten	Maßnahme	durchschnittliche Häufigkeit	
		pro Woche	pro Monat

Bitte legen Sie einen Medikamentenplan bereit.

Ansonsten notieren Sie bitte, welche Medikamente angeordnet sind (z. B. Tabletten, Tropfen, Spray, Zäpfchen, Salben, Pflaster).

1	2
3	4
5	6
7	8

Werden Sie bei der Medikamenteneinnahme/-anwendung von jemandem unterstützt?

ja nein

Von wem wird die Pflege regelmäßig erbracht?

Zur **Pflege** gehören z. B. die Körperpflege, die Hilfe bei den Toilettengängen und anderen Wegen, das An-/Auskleiden und die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, aber auch Betreuung, Beaufsichtigung und Beschäftigung, hauswirtschaftliche und administrative Verrichtungen sowie Medikamentengabe oder andere Behandlungspflege.

Pflegeeinrichtung	Adresse	Pflege tage pro Woche	Pflege stunden pro <u>Woche</u>
Private Pflegeperson/Angehörige	Adresse	Pflege tage pro Woche	Pflege stunden pro <u>Woche</u>
Geb.-Dat.:			
Private Pflegeperson/Angehörige	Adresse	Pflege tage pro Woche	Pflege stunden pro <u>Woche</u>
Geb.-Dat.:			
Private Pflegeperson/Angehörige	Adresse	Pflege tage pro Woche	Pflege stunden pro <u>Woche</u>
Geb.-Dat.:			

Bitte geben Sie an, wer den Bogen ausgefüllt hat:

Name

Vorname

Ort, Datum

Unterschrift