

Zusatzangaben / Pflegeaufwand

| | |
|--|--|
| <p>Ernährung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sonde / parenterale Ernährung <input type="checkbox"/> einlöffeln / hohe Aspirationsgefahr <input type="checkbox"/> isst teilweise allein, braucht aktive Hilfsperson/-en Aspirationsgefahr <input type="checkbox"/> isst allein mit Hilfsmitteln / braucht Supervision <input type="checkbox"/> isst völlig selbständig | <p>An- und Auskleiden</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> vollständig auf Hilfsperson/-en angewiesen <input type="checkbox"/> viel Unterstützung durch Hilfsperson <input type="checkbox"/> wenig aktive Unterstützung durch Hilfsperson <input type="checkbox"/> Hilfsmittel / Supervision notwendig <input type="checkbox"/> völlig selbständig |
| <p>Persönliche Hygiene</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ganzwäsche im Bett durch Hilfsperson/-en <input type="checkbox"/> im Bett / am Lavabo teilweise möglich, aber in beträchtlichem Mass auf Hilfsperson/-en angewiesen <input type="checkbox"/> teilweise möglich, aktive Hilfe einer Hilfsperson nötig <input type="checkbox"/> braucht Hilfsmittel / Supervision <input type="checkbox"/> selbständige Körperpflege | <p>Ausscheidung / Toilette</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Stuhl- und Urininkontinent <input type="checkbox"/> Urininkontinent / Katheter / Blasentraining <input type="checkbox"/> auf Topf / Nachflasche angewiesen <input type="checkbox"/> Nachtstuhl / WC mit Hilfsperson <input type="checkbox"/> WC-Benützung alleine möglich |
| <p>Fortbewegung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> bettlägerig, selbständige Fortbewegung unmöglich <input type="checkbox"/> braucht Rollstuhl und viel Personenunterstützung <input type="checkbox"/> gehen mit Stützhilfe, Rollator / Begleitung möglich selbständiges Rollstuhlfahren <input type="checkbox"/> selbständiges Gehen möglich, aber kein Treppensteigen <input type="checkbox"/> selbständiges Gehen und Treppensteigen möglich | <p>Transfer</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> kein Transfer möglich, braucht mehrere Hilfspersonen <input type="checkbox"/> Transfer mit viel Unterstützung einer Hilfsperson <input type="checkbox"/> leichte Unterstützung durch Hilfsperson <input type="checkbox"/> Supervision / Anleitung durch Hilfsperson <input type="checkbox"/> selbständiger Transfer |
| <p>Orientierung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> stark desorientiert, braucht dauernde Unterstützung (hohe Weglauftendenz) <input type="checkbox"/> desorientiert, braucht viel Überwachung (geringe Weglauftendenz) <input type="checkbox"/> leichte, aber alltagsrelevante Orientierungsstörung <input type="checkbox"/> zeitlich, örtlich und autopsychisch orientiert | <p>Verständigung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> keine Verständigung möglich <input type="checkbox"/> teilweise Verständigung möglich, sozialer Kontakt schwer beeinträchtigt <input type="checkbox"/> Teilweise Verständigung möglich, sozialer Kontakt leicht beeinträchtigt <input type="checkbox"/> sozialer Kontakt unbeeinträchtigt |
| <p>Soziale Indikation</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> sehr häufig unkooperativ / distanzlos / zurückgezogen <input type="checkbox"/> öfters unkooperativ / distanzlos / zurückgezogen <input type="checkbox"/> zeitweise unkooperativ / distanzlos / zurückgezogen <input type="checkbox"/> selten unkooperativ / distanzlos / zurückgezogen <input type="checkbox"/> normale soziale Interaktion | <p>Psyche</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> starke Aggressivität / Euphorie / Depression / Apathie / Unruhe <input type="checkbox"/> mittelschwere Aggressivität / Euphorie / Depression / Apathie / Unruhe <input type="checkbox"/> leichte Aggressivität / Euphorie / Depression / Apathie / Unruhe <input type="checkbox"/> Stimmungs labilität <input type="checkbox"/> adäquates Verhalten und Psyche |
| <p>Angemeldet von</p> <p>Klinik / Abteilung</p> <p>Kontaktperson / Telefon</p> <p>Ort / Datum</p> | <p>Namen (Stempel / Unterschrift zuweisende Ärztin, zuweisender Arzt)</p> |