

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Benötigt die künftige Bewohnerin / der Bewohner Hilfe

	Ja	Nein	Häufig	Gelegentlich
beim Gehen	( )	( )	( )	( )
beim Treppensteigen	( )	( )	( )	( )
beim Essen	( )	( )	( )	( )
bei der Medikamentengabe	( )	( )	( )	( )
bei der Körperpflege	( )	( )	( )	( )
beim Ankleiden	( )	( )	( )	( )
beim Frisieren / Rasieren	( )	( )	( )	( )
beim Aufstehen aus dem Bett	( )	( )	( )	( )
beim zu Bett gehen	( )	( )	( )	( )
beim Toilettengang	( )	( )	( )	( )
	( )	( )	( )	( )
Liegt Inkontinenz vor?	( )	( )	( )	( )
Harninkontinenz	( )	( )	( )	( )
Stuhlinkontinenz	( )	( )	( )	( )

Ist die künftige Bewohnerin / der Bewohner

	Ja	Nein	Nicht immer
zeitlich orientiert	( )	( )	( )
örtlich orientiert	( )	( )	( )
persönlich orientiert	( )	( )	( )
situativ orientiert	( )	( )	( )
nachts ruhig	( )	( )	( )
bettlägerig	( )	( )	( )

Ort: \_\_\_\_\_

Name des Pflegedienstes / des pflegenden Angehörigen

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Pflegedienstes / des pflegenden Angehörigen