

Hilfsbedarf in der Grundpflege

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Bisherige Pflegestufe: _____

	Selbstständig	Anleitung / Beaufsichtig.	Teilweise Übernahme	Vollständige Übernahme	Häufigkeit in 24 Stunden
Körperpflege					
Waschen Oberkörper					
Waschen Unterkörper					
Waschen Hände / Gesicht					
Duschen / Baden					
Zahn- / Prothesenpflege					
Kämmen					
Rasieren					
Blasen- / Darmentleerung					
Wasserlassen / Stuhlgang / Nachsorge					
Richten d. Bekleidung bei Toilettengang					
Inkontinenzvers. nach Wasserlassen					
Inkontinenzvers. nach Stuhlgang					
Wechsel kleiner Vorlagen					
Wechseln / Entleeren Urinbeutel, Stomabeutel, Toilettenstuhl					
Ernährung					
Mundgerechte Zubereitung					
Nahrungsaufnahme					
Sonden- / parenterale Ernährung					
Mobilität					
Aufstehen / Zubettgehen					
Lagern					
Transfer					
Gehen					
Kleiden					
Ankleiden – Gesamt					
Ankleiden – Oberkörper / Unterkörper					
Auskleiden – Gesamt					
Auskleiden – Oberkörper / Unterkörper					

Regelmäßige nächtliche Pflegehandlungen: nein ja welche: _____

Häufigkeit: _____

Individuelle Besonderheiten: _____

Ort / Datum

Unterschrift / Stempel