

Pflegedagebuch (Täglich wiederkehrende Tätigkeiten)

Hilfebedarf in Form der Unterstützung, teilweisen oder vollständigen Übernahme, Beaufsichtigung oder Anleitung

1. Körperpflege	täglich beim	Hilfebedarf						wie oft am Tag	Zeit in Minuten	durchgeführt von
		Nein	Ja	Ü*	Us*	A*	B*			
	1. Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>	_____
	2. Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>	_____
	3. Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>	_____
	4. Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>	_____
	5. Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>	_____
	6. Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>	_____
	7. Darm-/Blasenentleerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>	_____
								Gesamt	<input type="text"/>	_____

2. Ernährung	täglich bei der	Hilfebedarf						wie oft am Tag	Zeit in Minuten	durchgeführt von
		Nein	Ja	Ü*	Us*	A*	B*			
	8. mundger. Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>	_____
	9. Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>	_____
								Gesamt	<input type="text"/>	_____

3. Mobilität	täglich beim	Hilfebedarf						wie oft am Tag	Zeit in Minuten	durchgeführt von
		Nein	Ja	Ü*	Us*	A*	B*			
	10. Aufstehen/Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>	_____
	11. An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>	_____
	12. Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>	_____
	13. Gehen (Wohnung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>	_____
	14. Treppensteigen (Wohn.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>	_____
	15. Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>	_____
								Gesamt	<input type="text"/>	_____
								Grundpflege Gesamt (1-3)	<input type="text"/>	_____

4. Hauswirtschaftl. Versorgung wöchentlich beim	Hilfebedarf	Hilfebedarf						wie oft in der Woche	Zeit in Minuten	durchgeführt von
		Nein	Ja	Ü*	Us*	A*	B*			
	16. Einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>	_____
	17. Kochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>	_____
	18. Reinigen der Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>	_____
	19. Spülen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>	_____
	20. Beheizen der Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>	_____
	21. Wechseln/Waschen der Wäsche/Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>	_____
								Gesamt	<input type="text"/>	_____
								Gesamt (1-4)	<input type="text"/>	_____

Bemerkungen

* Ü=Übernahme Us=Unterstützung A=Anleitung B=Beaufsichtigung