

## FRAGEBOGEN ZUR BEURTEILUNG DER HILFSBEDÜRFTIGKEIT

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen wahrheitsgetreu und legen Sie den Fragebogen dem Aufnahmegesuch bei.

	Selbstständig	Hilfe nötig
<b>Beweglichkeit</b>		
An- und auskleiden selbstständig	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Selbständiges Gehen	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Fortbewegung im Zimmer	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Treppensteigen	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Benützung eines Lifts	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

---

<b>Ernährung</b>		
Mahlzeiten selbstständig einnehmen	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

---

<b>Körperpflege</b>		
Waschen	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Kämmen	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Rasieren	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Baden / Duschen	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Gang zur Toilette	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

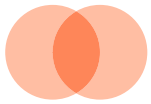
---

<b>Mobilität</b>		
Besteht Bettlägerigkeit	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Kann stundenweise das Bett verlassen _____ Stunden	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Kann stundenweise unbeaufsichtigt im Lehnstuhl sitzen	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Werden Hilfsmittel wie Stöcke, Rollator, Rollstuhl benötigt	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

---

<b>Körperfunktionen</b>		
Sprachliche Verständigung gut	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Sehkraft genügend	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Hörvermögen genügend	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Inkontinent für Stuhl	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Inkontinent für Urin	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

---



**Psychischer Zustand**

Unauffällig	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Verändert	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Desorientiert, verwirrt, unruhig	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tagsüber	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nachts	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

---

**Weitere Angaben zur Pflege**

Ist eine Diät notwendig	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Besteht ein Dekubitus	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wird ein Dauerkatheter getragen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Besteht ein Anus praeter	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

---

**Medizinische Betreuung**

Steht der/die Pensionär/in gegenwärtig in ärztlicher Behandlung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Betreut der bisher behandelnde Arzt den/die Pensionär/in weiter	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

---

Ort, Datum

---

Gesuchsteller/in oder Vertreter/in

---