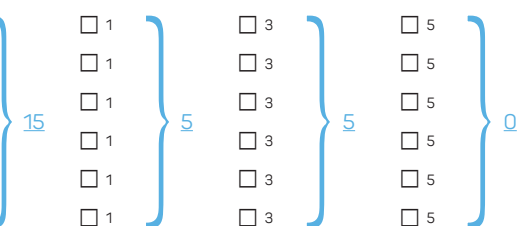


Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_

		selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig	
<b>Mobilität</b>	1.1	Positionenwechsel im Bett durchführen können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	1.2	Stabile Sitzposition halten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	1.3	Aufstehen aus sitzender Position/ Umsetzen können	<input type="checkbox"/> 0 <u>15</u>	<input type="checkbox"/> 1 <u>10</u>	<input type="checkbox"/> 2 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 3 <u>0</u>
	1.4	Fortbewegen/gehen können	<input type="checkbox"/> 0 <u>15</u>	<input type="checkbox"/> 1 <u>10</u>	<input type="checkbox"/> 2 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 3 <u>0</u>
	1.5	Treppensteigen	<input type="checkbox"/> 0 <u>10</u>	<input type="checkbox"/> 1 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 2 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 3 <u>0</u>
		Stürze in der näheren Vergangenheit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
<b>Selbstversorgung</b>	4.1	Vorderen Oberkörper waschen können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	4.2	Kämmen, Zahn-/Mundpflege, Rasur durchführen können	<input type="checkbox"/> 0 } <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 1 } <u>0</u>	<input type="checkbox"/> 2 } <u>0</u>	<input type="checkbox"/> 3 } <u>0</u>
	4.3	Intimbereich waschen können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	4.4	Duschen oder Baden können	<input type="checkbox"/> 0 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 1 <u>0</u>	<input type="checkbox"/> 2 <u>0</u>	<input type="checkbox"/> 3 <u>0</u>
	4.5	Oberkörper an-/auskleiden	<input type="checkbox"/> 0 <u>5</u> } <u>10</u>	<input type="checkbox"/> 1 } <u>0</u>	<input type="checkbox"/> 2 } <u>0</u>	<input type="checkbox"/> 3 } <u>0</u>
	4.6	Unterkörper an-/auskleiden	<input type="checkbox"/> 0 <u>5</u> } <u>10</u>	<input type="checkbox"/> 1 } <u>0</u>	<input type="checkbox"/> 2 } <u>0</u>	<input type="checkbox"/> 3 } <u>0</u>
	4.7	Nahrung mundgerecht zubereiten, Getränke eingießen	<input type="checkbox"/> 0 } <u>10</u>	<input type="checkbox"/> 1 } <u>5</u> } <u>0</u>	<input type="checkbox"/> 2 } <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 3 } <u>0</u>
	4.8	Essen können	<input type="checkbox"/> 0 } <u>10</u>	<input type="checkbox"/> 3 } <u>10</u>	<input type="checkbox"/> 6 } <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 9 } <u>0</u>
		Ernährungsverhalten	<input type="checkbox"/> isst normale Portion	<input type="checkbox"/> isst >1/2 Portion o. Sondennahrung	<input type="checkbox"/> isst i.d.R. < 1/2, o. lässt Mahlzeit ausfallen	<input type="checkbox"/> isst i.d.R. 1/3 der Mahlzeiten
		Parenterale Ernährung oder Sondennahrung	<input type="checkbox"/> nicht tägl.	<input type="checkbox"/> tägl. ergänzend zur oralen Nahrung (6 P)	<input type="checkbox"/> keine orale Nahrungszufuhr (3 P)	
	4.9	Trinken können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
	4.10	Toilette/Toilettenstuhl benutzen können	<input type="checkbox"/> 0 <u>10</u>	<input type="checkbox"/> 2 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 4 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 6 <u>0</u>
	4.11	Folgen einer Harninkontinenz bewältigen, Umgang mit DK und Urostoma	<input type="checkbox"/> 0 <u>10</u>	<input type="checkbox"/> 1 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 2 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 3 <u>0</u>
4.12	Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen, Umgang mit Stoma	<input type="checkbox"/> 0 <u>10</u>	<input type="checkbox"/> 1 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 2 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 3 <u>0</u>	
<b>Kognition, Wahrnehmung, Kommunikation</b>	2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	2.2	Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/> 0 } <u>15</u>	<input type="checkbox"/> 1 } <u>10</u>	<input type="checkbox"/> 2 } <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 3 } <u>0</u>
	2.3	Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse o. Beobachtungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	<input type="checkbox"/> 0 } <u>15</u>	<input type="checkbox"/> 1 } <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 2 } <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 3 } <u>5</u>
	2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben	<input type="checkbox"/> 0 } <u>15</u>	<input type="checkbox"/> 1 } <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 2 } <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 3 } <u>5</u>
	2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	<input type="checkbox"/> 0 <u>15</u>	<input type="checkbox"/> 1 <u>10</u>	<input type="checkbox"/> 2 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 3 <u>0</u>
	2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	2.9	Mitteilung elementarer Bedürfnisse	<input type="checkbox"/> 0 <u>15</u>	<input type="checkbox"/> 1 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 2 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 3 <u>0</u>
	2.10	Verstehen von Aufforderungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	2.11	Beteiligung an einem Gespräch	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Sensorisches Empfindungsvermögen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
	Hörfähigkeit	<input type="checkbox"/> kein Problem	<input type="checkbox"/> beeinträchtigte Kommunikation	<input type="checkbox"/> Hörgerät vorhanden		
	Sehfähigkeit/Neglect	<input type="checkbox"/> kein Problem	<input type="checkbox"/> Problem in unbekannter Umgebung	<input type="checkbox"/> findet sich nicht zurecht		
	Quantitative Bewusstseins einschätzung	<input type="checkbox"/> wach	<input type="checkbox"/> benommen	<input type="checkbox"/> somnolent	<input type="checkbox"/> komatös	

		kommt nicht vor	selten < 3-mal pro Wo.	häufig > 2-mal pro Wo.	täglich	
Verhalten	3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten z.B. Weglaufen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.2	Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.3	Selbstschädigendes u. autoaggressives Verhalten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.4	Beschädigen von Gegenständen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.6	Verbale Aggression	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.8	Abwehrverhalten gegenüber pflegerischer Maßnahmen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.9	Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen/Handlungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.10	Ängste	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.11	Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5



		Kein Risiko	Risiko besteht	Hohes Risiko	
Risiken, Prävention	Sturzrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Dehydrationsrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Risiko einer Mangelernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Risiko bei der Medikamentenversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pneumonierisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Thrombosierisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Dekubitusrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aspirationsrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Schluckstörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Welche?	_____	
	Feuchtigkeitsbelastung der Haut	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> regelmäßig feuchte Haut	<input type="checkbox"/> häufig feuchte Haut	<input type="checkbox"/> ständig
Reibungs- und Scherkräfte	<input type="checkbox"/> kein Problem	<input type="checkbox"/> potenzielles Problem	<input type="checkbox"/> rutscht regelmäßig nach unten		

Zustände mit Überwachungsbedarf	Akute Atemnot, respiratorische Insuffizienz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
	Fieber	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
	Instabile Herz-Kreislaufsituation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
	Schwankende Blutzuckerwerte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
	Beatmung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
	Wachkoma/Tetraplegie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
	Postoperative Phase	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
	Schmerzen (akut/chronisch)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
	Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
	Schwindel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
	Wunde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
	Zu- und Ableitungssysteme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
	Dekubitus	<input type="checkbox"/> Grad I	<input type="checkbox"/> Grad II	<input type="checkbox"/> Grad III	<input type="checkbox"/> Grad IV

Welche Zu-/Ableitung  
Harnableitungssystem  5  
Stomaanlage  5

## Ergebnis des Patienten

Modul	Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeit				
Gewichtung	keine	geringe	erhebliche	schwere	schwerste
Mobilität	0-1	2-3	4-5	6-9	10-15
Selbstversorgung	0-2	3-7	8-18	19-36	37-54
Kognition und kommunikative Fähigkeiten	0-1	2-5	6-10	11-16	17-33
Verhaltensweisen und psychische Probleme	0	1-2	3-4	5-6	7-65
	<b>Barthel-Index:</b> Motorische Funktionseinschränkung			<input type="text"/>	Punkte
	<b>Erweiterter Barthel-Index:</b> Kognitive Funktionseinschränkung			<input type="text"/>	Punkte