

**Hilfsbedarf in der Grundpflege**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Bisherige Pflegestufe: \_\_\_\_\_

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

Regelmäßige nächtliche Pflegehandlungen:  nein  ja welche: \_\_\_\_\_

Häufigkeit: \_\_\_\_\_

Individuelle Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel