

FRAGENBOGEN		Ahnang 2.
1. INFORMATIONEN ÜBER DEN ANTRAGSTELLER		
Familiennamen und Vorname		
Geburtsname		Geburtsdatum:
Geburtsort		
Personalausweisnummer		
Wohnsitz		
		PLZ:

MOBILITÄT*	☐ völlig selbständig
	☐ völlig selbständig mit Hilfe des Gehstuhls
	☐ gehfähig mit teilweiser Hilfe anderer Person
	☐ gehfähig nur mit der Hilfe anderer Person und des Gehstuhls
	☐ gehfähig mit Hilfe zweier Personen
	☐ teilweise liegt im Bett
	☐ vollständig liegt im Bett
ESSEN UND TRINKEN*	☐ völlig selbständig
	☐ Nahrung muss serviert werden, aber trinken selbst
	☐ Nahrung muss serviert werden und Überwachung während der Nahrungsaufnahme nötig
	☐ Nahrung muss ins Zimmer gebracht werden und Überwachung während der Nahrungsaufnahme nötig
	☐ teilweise Ernährung
	☐ vollständige Ernährung
	☐ künstliche Ernährung
ZIMMERAUFÄHRUNG*	☐ völlig selbständig
	☐ zeitweilige Hilfe geeignet
	☐ zeitweilige Hilfe nötig
	☐ Aufräumung 1x pro Woche nötig
	☐ Aufräumung 2-3x pro Woche nötig
	☐ tägliche Aufräumung nötig
	☐ vollständige Aufräumung
AUSSCHIEDUNG*	☐ völlig selbständig
	☐ zeitweilige Begleitung auf die Toilette oder Erinnerung
	☐ ständige Begleitung auf die Toilette
	☐ nötige Hilfe anderer Person (Schüssel, Stühle, Windeln)
	☐ gelegentliche Inkontinenz
	☐ Harninkontinenz
	☐ Harn- und Stuhlinkontinenz

*) Entsprechende Stufe bitte ankreuzen.

KÖRPERPFLEGE*	☐ völlig selbständig
	☐ selbständig, teilweise zur Körperpflege auffordern
	☐ wöchentliche Hilfe beim Baden, Duschen
	☐ leichte Mithilfe bei der täglichen Körperpflege
	☐ braucht tägliche Anregung/Anleitung und Hilfe bei der Körperpflege
	☐ intensive Hilfe bei der Körperpflege, außer Gesicht und Hände
	☐ es ist notwendig, die Körperpflege zu übernehmen
ANZIEHEN UND AUSZIEHEN*	☐ völlig selbständig
	☐ selbständig, aber es ist notwendig Anweisungen für die Wäschepflege zu erteilen
	☐ selbständig, aber es ist notwendig die Pflege von Wäsche zu übernehmen
	☐ ab und zu ist es nötig, Weisungen zu den einzelnen Leistungen zu erteilen
	☐ dauernd nötige Weisungen für bis zu 3 Leistungen
	☐ dauernd nötige Weisungen für mehr als 3 Leistungen
	☐ nur mit Hilfe möglich
LAGERUNG*	☐ völlig selbständig
	☐ Verwendung von entsprechenden Hilfsmitteln beim Hinlegen
	☐ gelegentliche persönliche Hilfe beim Hinlegen
	☐ gelegentliche persönliche Hilfe beim Hinlegen, Schlafen und in der Ruhe
	☐ Nötige Hilfe beim Hinlegen, Schlafen und in der Ruhe
	☐ Lagerwechsel beim Schlafen und in der Ruhe (in vorgeschriebenen Zeiten)
	☐ regelmäßige Lagerung
SPEZIELLE PFLEGE*	☐ ist nicht notwendig
	☐ nach Unterweisung kann sich der Patient selbst bahandeln
	☐ der Patient kann sich selbst behandeln, gelegentliche Kontrolle erforderlich
	☐ tägliche Kontrolle bei leichter Bahandlung (Verbände, salben,...)
	☐ täglich Hilfe bei leichter Bahandlung (Verbände, salben,...)
	☐ komplexe Pflege
	☐ intensive Pflege
MEDIKAMENTENEINNAHME*	☐ völlig selbständig
	☐ Besorgung der Medikamenten, sonst selbständig
	☐ Besorgung, Vorbereitung der Medikamenten
	☐ Besorgung, Vorbereitung, Verteilung und Lieferung der Medikamenten
	☐ nötige Überwachung der Medikamenteneinnahme
	☐ erschwerte Medikamenteneinnahme
	☐ zeitaufwendige erschwerte Medikamenteneinnahme (Medikamente zermalmen....)

ORIENTIERUNG*	☐ völlig orientiert
	☐ In einer fremden Umgebung teilweise desorientiert
	☐ dauernd leicht desorientiert
	☐ desorientiert in der Nacht
	☐ schwankt zwischen leichter und schwerer Desorientierung
	☐ dauernd schwer desorientiert
	☐ schwer desorientiert mit ungünstigen Auswirkungen auf die Umgebung
KOMMUNIKATIONS – UND SOZIALES VERHALTEN*	☐ selbständige Tagesgestaltung, aktives Verhalten, keine Einschränkungen
	☐ selbständige Tagesgestaltung, kommuniziert nur wenn angesprochen
	☐ passiv, lässt sich jedoch zu Aktivitäten überzeugen
	☐ deutlicher Rückgang einer oder mehrerer Sinnesfunktionen
	☐ Ausfall mehrerer Sinnesfunktionen
	☐ verschlossen, will nicht an dem Heimalltag teilnehmen
	☐ Kommunikations-, Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeiten eingeschränkt
PSYCHISCHE SITUATION*	☐ ausgeglichen
	☐ ausgeglichen nach Einnahme von Medikamenten
	☐ gemäßigte und kurzfristige Stimmungsschwankungen
	☐ langfristige und deutliche Veränderungen in der Stimmung
	☐ wiederkehrende deutliche Veränderungen im Verhalten
	☐ psychische Erkrankung mit möglicher Gefahr von anderen - Aufsicht
	☐ ständige Aufsicht und tägliche intensive Pflege erforderlich
Familiennamen und Vorname des Arztes	
Kontakt Adresse des Arztes	
Kontakt Telefon des Arztes	+
Kontakt Email des Arztes	

Am:.....Datum:.....Unterschrift: