

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

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

*) Entsprechende Stufe bitte ankreuzen.

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

ORIENTIERUNG*	<input type="checkbox"/> völlig orientier
	<input type="checkbox"/> In einer fremden Umgebung teilweise desorientiert
	<input type="checkbox"/> dauernd leicht desorientiert
	<input type="checkbox"/> desorientiert in der Nacht
	<input type="checkbox"/> schwankt zwischen leichter und schwerer Desorientierung
	<input type="checkbox"/> dauernd schwer desorientiert
	<input type="checkbox"/> schwer desorientiert mit ungünstigen Auswirkungen auf die Umgebung
KOMMUNIKATIONS – UND SOZIALES VERHALTEN*	<input type="checkbox"/> selbständige Tagesgestaltung, aktives Verhalten, keine Einschränkungen
	<input type="checkbox"/> selbständige Tagesgestaltung, kommuniziert nur wenn angesprochen
	<input type="checkbox"/> passiv, läßt sich jedoch zu Aktivitäten überzeugen
	<input type="checkbox"/> deutlicher Rückgang einer oder mehrerer Sinnesfunktionen
	<input type="checkbox"/> Ausfall mehrerer Sinnesfunktionen
	<input type="checkbox"/> verschlossen, will nicht an dem Heimalltag teilnehmen
	<input type="checkbox"/> Kommunikations-, Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeiten eingeschränkt
PSYCHISCHE SITUATION*	<input type="checkbox"/> ausgeglichen
	<input type="checkbox"/> ausgeglichen nach Einnahme von Medikamenten
	<input type="checkbox"/> gemäßigte und kurzfristige Stimmungsschwankungen
	<input type="checkbox"/> langfristige und deutliche Veränderungen in der Stimmung
	<input type="checkbox"/> wiederkehrende deutliche Veränderungen im Verhalten Sucht
	<input type="checkbox"/> psychische Erkrankung mit möglicher Gefahr von anderen - Aufsicht
	<input type="checkbox"/> 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: