

3. Benötigte Hilfeleistungen:

- |                              |                                      |                                    |   |
|------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---|
| waschen                      | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> totale Übernahme |
| baden oder duschen           | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> totale Übernahme |
| rasieren, frisieren          | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> totale Übernahme |
| Darm- oder Blasen-entleerung | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> totale Übernahme |
|                              |                                      |                                    |   |
| an- und auskleiden           | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> totale Übernahme |
| Essen einnehmen              | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> totale Übernahme |
| aufstehen aus dem Bett       | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> totale Übernahme |
|                              |                                      |                                    |   |
| sitzen                       | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> totale Übernahme |
| gehen                        | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> totale Übernahme |

4. Hilfsmittel vorhanden: \_\_\_\_\_

---

5. Unterbringung:

Besteht Weglauf-tendenz?       ausgeprägt       evtl. möglich       nein

6. Verhaltensweisen:

- |  |                               |                                    |                             |
|--|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| physisch aggressiv gegenüber Anderen   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> ja |
| verbale Aggression                     | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> ja |
| Wahnvorstellungen                      | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> ja |
| Antriebslosigkeit, depressive Stimmung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> ja |

---

Ort

Stempel und Unterschrift des Arztes