





	Selbständig (ohne fremde Hilfe)	Teilweise selbständig (Unterstützung durch andere wird benötigt)	Unselbständig (keine eigene Beteiligung möglich)
Pflege des Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen des Intimbereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen und Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüssigkeitsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Fähigkeit vorhanden	Fähigkeit leicht bis mittel- gradig eingeschränkt	Fähigkeit nicht vorhanden
Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnis/Erinnerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begreifen/Denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme an Gesprächen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nie	Häufig, aber nicht täglich (Eingreifen durch andere erforderlich)	Täglich (Eingreifen durch andere erforderlich)
Verhaltensauffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgeprägte Ängste/Panik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahn/Halluzinationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Selbständig (ohne fremde Hilfe)	Teilweise selbständig (Unterstützung durch andere wird benötigt)	Unselbständig (keine eigene Beteiligung möglich)
Tagesgestaltung/Aufbau oder Erhalt von Sozialkontakten/Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wann traten erstmalig Beeinträchtigungen auf?

Erfolgen auch während der Nacht Hilfeleistungen?

(z. B. Lagern, Toilettengänge, Wechsel der Inkontinenzartikel, Beruhigen, Medikamentengabe, Sauerstoffgabe)

ja  nein

Wenn ja, warum und wie oft?

---



---



---



---

Besteht ein Unterstützungsbedarf bei der Haushaltsführung?

ja  nein

(z. B. Einkaufen, Kochen, Wohnungsreinigung, Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Behördenangelegenheiten)

## Pflegeprotokoll - Seite 4 - VNR:

**4 Erfolgen medizinische Versorgungen oder Therapiemaßnahmen in der häuslichen Umgebung oder außerhalb des Hauses?**  
(z. B. Arztbesuche, Krankengymnastik, Wundversorgung)

Name der Ärztin / des Arztes bzw. der Therapeutin / des Therapeuten	Maßnahme	Durchschnittliche Häufigkeit	
		pro Woche	pro Monat

**Bitte legen Sie einen Medikamentenplan bereit.**

Ansonsten notieren Sie bitte, welche Medikamente angeordnet sind (z. B. Tabletten, Tropfen, Spray, Zäpfchen, Salben, Pflaster).

1	2
3	4
5	6
7	8

Werden Sie bei der Medikamenteneinnahme/-anwendung von jemandem unterstützt?

ja  nein

**Von wem wird die Pflege regelmäßig erbracht?**

Zur **Pflege** gehören z. B. die Körperpflege, die Hilfe bei den Toilettengängen und anderen Wegen, das An-/Auskleiden und die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, aber auch Betreuung, Beaufsichtigung und Beschäftigung, hauswirtschaftliche und administrative Verrichtungen sowie Medikamentengabe oder andere Behandlungspflege.

Pflegeeinrichtung	Adresse	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro <u>Woche</u>
<b>Private Pflegeperson/Angehörige</b>	<b>Adresse</b>	<b>Pflegetage pro Woche</b>	<b>Pflegestunden pro <u>Woche</u></b>
Geb.-Dat.:			
<b>Private Pflegeperson/Angehörige</b>	<b>Adresse</b>	<b>Pflegetage pro Woche</b>	<b>Pflegestunden pro <u>Woche</u></b>
Geb.-Dat.:			
<b>Private Pflegeperson/Angehörige</b>	<b>Adresse</b>	<b>Pflegetage pro Woche</b>	<b>Pflegestunden pro <u>Woche</u></b>
Geb.-Dat.:			

**Bitte geben Sie an, wer den Bogen ausgefüllt hat:**

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift