

Name des Pflegebedürftigen:

Datum:

Verrichtung	Zeitaufwand in Minuten				Art der Hilfe und weitere Bemerkungen				
	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Anleitung	Beaufsichtigung	Unterstützung	Teilw. Übernahme	Vollst. Übernahme
<b>Körperpflege</b>									
Ganzkörperwäsche					<b>A</b>	<b>B</b>	<b>U</b>	<b>TÜ</b>	<b>VÜ</b>
Teilwäsche									
Duschen									
Baden									
Mund-/Zahnpflege									
Kämmen									
Rasieren									
Blasenentleerung									
Darmentleerung									
Intimpflege									
Kleidung richten									
Inkontinenzartikel wechseln									
Urin-/Stomabeutel wechseln/leeren									
<b>Ernährung</b>									
Mundgerechte Zubereitung					<b>A</b>	<b>B</b>	<b>U</b>	<b>TÜ</b>	<b>VÜ</b>
Essen und Trinken reichen									
<b>Mobilität</b>									
Aufstehen vom Bett					<b>A</b>	<b>B</b>	<b>U</b>	<b>TÜ</b>	<b>VÜ</b>
Lagerung									
Zubettgehen									
Rollstuhl (Aufstehen/Hinsetzen)									
An- und Auskleiden									
Bewegen im Haus									
Stehen									
Treppensteigen									
Begleiten (z.B. zum Arzt)									
<b>Hauswirtschaftliche Versorgung</b>									
Einkaufen					<b>A</b>	<b>B</b>	<b>U</b>	<b>TÜ</b>	<b>VÜ</b>
Kochen									
Wohnung reinigen									
Spülen									
Wechsel der Wäsche									
Waschen und bügeln									
Wohnung heizen									
<b>Besonderheiten</b>									
					<b>A</b>	<b>B</b>	<b>U</b>	<b>TÜ</b>	<b>VÜ</b>