

Pflegerischer Fragebogen

Körperpflege

Duschen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> unselbständig
Oberkörper	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> unselbständig
Unterkörper	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> unselbständig
Gesicht & Hände	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> unselbständig

Bewegung

Stehen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> unselbständig
Gehen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> unselbständig
Gehen am Rollator	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> unselbständig
Rollstuhlmobilisation	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> unselbständig
Lagewechsel im Bett	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> unselbständig
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Rollstuhl / Rollator <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Zahnprothese <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe

Orientierung

Räumlich	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> teilweise: _____
Zeitlich	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> teilweise: _____
Persönlich	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> teilweise: _____
Situativ	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> teilweise: _____

Sonstiges

Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____
Wunden	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____
Flüssigkeitsaufnahme	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> unselbständig
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> unselbständig