

Notwendigkeit der Aufsicht:

Bitte zusätzlich ankreuzen, ob tagsüber (T) oder/und Nachts (N)

	wenig	T	N	ständig	T	N	Nein
neigt zum Weglaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neigt zum Zerstören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nicht orientiert:							
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zur Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gefährdet sich oder Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges							

Weitere Feststellungen:

Geh- und Stehufähig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagsüber bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist dauernde Nachtwache erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dauer der Hilflosigkeit ständig vorübergehend

Erforderliche Wohn- und Betreuungsform:

<input type="checkbox"/> Tagespflege	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> Altenheimbereich
<input type="checkbox"/> Pflegeheim	<input type="checkbox"/> Beschützende Station	

Wenn stationärer Aufenthalt: Einzelzimmer Doppelzimmer

Raum für weitere Bemerkungen (z.B. Wünsche, Neigungen, Abneigungen usw.)

Datum _____ Unterschrift der Angehörigen _____

Datum _____ Unterschrift der Pflegedienstes/Stempel _____

Hinweis:

Diese Daten werden bei uns elektronisch gespeichert und nur für dienstliche Zwecke verwendet.