
Name, Vorname

Angaben zum Umfang der Pflegebedürftigkeit

Art des Pflegebedarfes	Ja	Nein	Anzahl der Verrichtungen (...mal täglich)	Dauer (in Minuten)
Körperpflege				
Waschen				
Duschen/Baden				
Zahnpflege				
Kämmen/ Rasieren				
Darm-/Blasenentleerung				
Ernährung				
Mundgerechte Zubereitung				
Nahrungsaufnahme				
Mobilität				
Aufstehen/ Zu-Bett-Gehen				
An-/Auskleiden				
Stehen				
Gehen				
Treppensteigen				
Verlassen/ Wiederaufsuchen der Wohnung				
Hauswirtschaftliche Versorgung				
Einkaufen				
Kochen				
Reinigen der Wohnung				
Spülen				
Beheizen der Wohnung				
Wechseln/ Waschen der Wäsche/ Kleidung				

Sonstige Leistungen (pflegeunterstützende Maßnahmen)

(z. B. Hilfe bei Nutzung von Hilfsmitteln; Gymnastik, Kopfmassage, Inhalationsbehandlung/ Atemübungen – sofern von Pflegekraft im Sinne des § 37 SGB XI erbracht; aktivierende Pflege; Beaufsichtigung und /oder Anleitung von geistig oder seelisch Behinderten, psychisch Kranken sowie geistig verwirrten Menschen u. a. m.)

_____ mal täglich _____ Minuten

Unterschrift Datum