



Kriterienliste betrifft Grad der Pflegebedürftigkeit

Name:

Vorname:

Geb. Datum

		Ja	Nein
Ernährung	ohne Hilfe		
	mit Hilfe		
	ganz unselbständig		
Ankleiden	ohne Hilfe		
	mit Hilfe		
	ganz unselbständig		
Beweglichkeit	ohne Hilfe		
	mit Hilfe		
	Fauteuil mit Hilfe		
	bettlägerig		
	häufiger Lagewechsel		
Körperpflege (Waschen, Baden)	ohne Hilfe		
	mit Hilfe		
	ganz unselbständig		
Ausscheidungen	ohne Hilfe		
	mit Hilfe		
	Inkontinent/Urin		
	Inkontinent/Stuhl		
Psychisch	orientiert		
	desorientiert		
	depremiert		
	ängstlich		
	wahnhaft		
	suizidal		
Verbände	einfache Verbände		
	andere Verbände		
Abteilung	offen		
	geschlossen		

Datum: _____

Unterschrift des Anmelders: _____
(Bitte Name, Adresse, Stempel)