



**Selbstversorgung**

	1	2	3
A Essen/Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Baden/Duschen/Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Ankleiden Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Ankleiden Unterkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F <sup>1</sup> Intimhygiene Darm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F <sup>2</sup> Intimhygiene Blase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Kontinenz**

G Blasenkontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H Darmkontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Transfers**

I Transfer Bett/Stuhl/Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J Transfer Toilettensitz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K Transfer Dusche/Badewanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S Lagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Fortbewegung**

L Gehen oder Rollstuhlfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Kommunikation**

N Verstehen auditiv/visuell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O Ausdruck verbal/nonverbal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

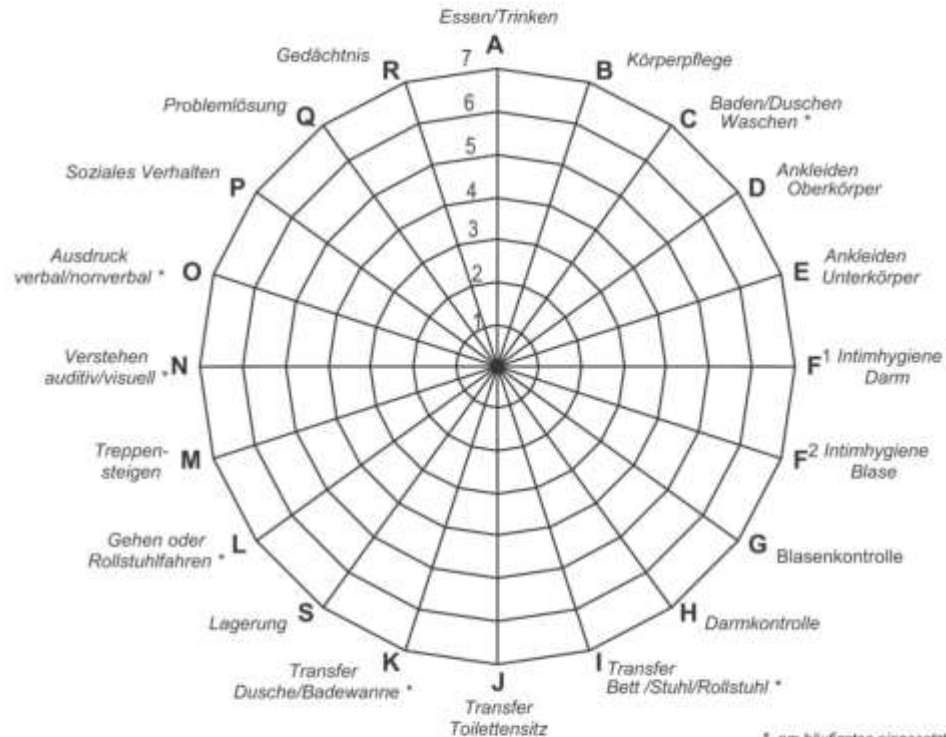
**Kognitive Fähigkeiten**

P Soziales Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q Problemlösung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R Gedächtnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1: rot Datum / Hz \_\_\_\_\_  
 2: gelb Datum / Hz \_\_\_\_\_  
 3: grün Datum / Hz \_\_\_\_\_

Bemerkungen: .....  
 .....  
 .....

Name: .....  
 Vorname: .....  
 Geb.-Datum: .....



**Erläuterung der Funktionsstufen:**

**Mit Hilfsperson**

- 1 Völlig Unselbständig
- 2 Ausgeprägte Hilfestellung
- 3 Mäßige Hilfestellung
- 4 Kontakthilfe
- 5 Beaufsichtigung/Vorbereitung

**Ohne Hilfsperson**

- 6 Eingeschränkte Selbstständigkeit
- 7 Völlig Selbstständig

\* am häufigsten eingesetzte Art kennzeichnen