

B. Neues Begutachtungsassessment (Version 1.0)

A.1 Kann die Person tagsüber die meiste Zeit (mehr als 6 Std.) außerhalb des Bettes in aufrechter Körperhaltung verbringen (gehend, stehend oder sitzend)? Ja Nein

A.2 Schätzen Sie auf Grundlage der Befunderhebung und anderer Feststellungen ein, ob die Person über die körperlichen Fähigkeiten verfügt, folgende Handlungen durchzuführen:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| a) Knöpfe und Reißverschlüsse öffnen/schließen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| b) Mit einem Löffel Nahrung (z.B. Joghurt) aufnehmen und zum Mund führen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| c) Fester Händedruck (mindestens einseitig) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| d) Nackengriff (mindestens einseitig) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

A.3 Besteht ein außergewöhnlich hoher Unterstützungsbedarf bei der Nahrungsaufnahme (Zeitaufwand mehr als zwei Stunden täglich)? Ja Nein

Wenn ja: Wie hoch liegt der tägliche, durchschnittliche Zeitaufwand? Std.

Grund für den hohen Aufwand:

A.4 Besteht ein außergewöhnlich hoher Unterstützungsbedarf...

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| a) wegen einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik (z.B. andauernde extreme Berührungsempfindlichkeit)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| b) wegen extremer motorischer Unruhe (persistierende motorische Unruhe, die dazu führt, dass Pflegehandlungen zumeist nur unter größten Schwierigkeiten durchführbar sind) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| c) wegen ausgeprägter Spastiken/Kontrakturen (mehrere Gelenke der Extremitäten, Pflegehandlungen sind zumeist nur unter größten Schwierigkeiten durchführbar) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| d) wegen häuslicher Intensivpflege mit Notwendigkeit permanenter Überwachung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| e) aus anderen Gründen? Bitte angeben: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

A.5 Besondere Bedarfs- und Versorgungskonstellationen

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| a) Komplexe palliative Schmerz-/Symptomproblematik bei stark begrenzter Lebenserwartung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| b) Respiratorische Insuffizienz (Person ist beatmungspflichtig, intermittierend oder dauerhaft) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| c) Wachkoma | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| d) Tetraplegie | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| e) Blindheit oder hochgradige Sehbehinderung (Visus auf besserem Auge max. 1/50) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| f) Taubheit oder hochgradige Schwerhörigkeit (auch mit Hörgerät kein Sprachverständnis) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

A.6 Bewusstseinszustand

wach somnolent komatös

A.7 Erfordernis nächtlicher Unterstützung

nie oder max. 1x wöchentlich mehrmals wöchentlich täglich mehrmals täglich

A.8 Verschlucken bei der Nahrungsaufnahme mit Aspirationsgefahr

nie oder max. 1x wöchentlich mehrmals wöchentlich täglich mehrmals täglich

A.9 Auftreten von generalisierten Krampfanfällen

nie oder max. 1x wöchentlich mehrmals wöchentlich täglich mehrmals täglich

1. Mobilität

0 = selbständig
 1 = überwiegend selbständig
 2 = überwiegend unselbständig
 3 = unselbständig

1.1 Positionswechsel im Bett	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
1.2 Stabile Sitzposition halten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
1.3 Aufstehen aus sitzender Position / Umsetzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
1.5 Treppensteigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

1.6 Veränderungen der Mobilität innerhalb der letzten Wochen/Monate

- Verbesserung
 Verschlechterung
 keine Veränderung
 nicht zu beurteilen.

1.7 Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung? (Mehrfachangaben möglich)

- nein
 ja, durch Durchführung/Optimierung therapeutischer Maßnahmen
 ja, durch Optimierung der räumlichen Umgebung (z.B. Anbringen von Griffen und Halterungen)
 ja, durch Hilfsmiteinsatz bzw. dessen Optimierung
 ja, durch andere Maßnahmen, und zwar:
 ja, auch ohne Maßnahmen (Rekonvaleszenz, natürlicher Verlauf)

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Die Fähigkeit ist:
 0 = vorhanden/unbeeinträchtigt
 1 = größtenteils vorhanden
 2 = in geringem Maße vorhanden
 3 = nicht vorhanden

2.1 Personen aus dem näheren Umfeld erkennen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.2 Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.3 Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.4 Gedächtnis	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.5 Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.6 Entscheidungen im Alltagsleben treffen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.7 Sachverhalte und Informationen verstehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.8 Risiken und Gefahren erkennen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

2.9 Mitteilung elementarer Bedürfnisse	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.10 Verstehen von Aufforderungen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.11 Beteiligung an einem Gespräch	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

2.12 Veränderungen der Fähigkeiten innerhalb der letzten Wochen/Monate

- Verbesserung
 Verschlechterung
 keine Veränderung
 nicht zu beurteilen.

2.13 Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung? (Mehrfachangaben möglich)

- nein
 ja, durch Durchführung/Optimierung therapeutischer Maßnahmen
 ja, durch Optimierung der räumlichen Umgebung (z.B. zur Erleichterung örtlicher Orientierung)
 ja, durch Hilfsmiteinsatz bzw. dessen Optimierung
 ja, durch andere Maßnahmen, und zwar:
 ja, auch ohne Maßnahmen (Rekonvaleszenz, natürlicher Verlauf)

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

0 = nie
 1 = maximal 1x wöchentlich
 2 = mehrmals wöchentlich
 3 = täglich

3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.2	Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.4	Beschädigung von Gegenständen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.6	Verbale Aggression	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.7	Andere vokale Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.8	Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.9	Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.10	Ängste	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.11	Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.13	Sonstige inadäquate Handlungen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

4. Selbstversorgung

B.1 Sondenernährung		<input type="checkbox"/> entfällt (keine Sondenernährung)
B.1a Die Person erhält		
<input type="checkbox"/> zusätzlich zur oralen Nahrungsaufnahme Sondennahrung, aber nur gelegentlich (nicht täglich)		
<input type="checkbox"/> 1 bis 3 x täglich Sondennahrung <u>und</u> täglich oral Nahrung		
<input type="checkbox"/> mindestens 4 x täglich Sondennahrung <u>und</u> täglich oral Nahrung (geringe Mengen)		
<input type="checkbox"/> ausschließlich oder nahezu ausschließlich Sondennahrung		
B.1b Art der Sondenernährung		B.1c Selbständigkeit
<input type="checkbox"/> Pumpe		<input type="checkbox"/> Bedienung selbständig
<input type="checkbox"/> Schwerkraft		<input type="checkbox"/> Bedienung mit Fremdhilfe
<input type="checkbox"/> Bolusgabe		

B.2 Parenterale Ernährung		<input type="checkbox"/> entfällt (keine parenterale Ernährung)
B.2a Art der parenteralen Ernährung		
<input type="checkbox"/> komplett		
<input type="checkbox"/> teilweise		
B.2b Selbständigkeit		
<input type="checkbox"/> Bedienung selbständig		
<input type="checkbox"/> Bedienung mit Fremdhilfe		

B.3 Blasenkontrolle/Harnkontinenz	
<input type="checkbox"/> entfällt (Dauerkatheter oder Urostoma)	
<input type="checkbox"/> ständig kontinent	
<input type="checkbox"/> überwiegend kontinent. Maximal 1x täglich inkontinent oder Tröpfchen-/Stressinkontinenz	
<input type="checkbox"/> überwiegend (mehrmals täglich) inkontinent	
<input type="checkbox"/> komplett inkontinent	
B.4 Darmkontrolle/Stuhlkontinenz	
<input type="checkbox"/> entfällt (Colo-/Ileostoma)	
<input type="checkbox"/> ständig kontinent	
<input type="checkbox"/> überwiegend kontinent, gelegentlich inkontinent	
<input type="checkbox"/> überwiegend inkontinent, selten gesteuerte Darmentleerung	
<input type="checkbox"/> komplett inkontinent	
B.5 Künstliche Harnableitung	
<input type="checkbox"/> entfällt (keine künstliche Harnableitung)	
<input type="checkbox"/> suprapubischer Dauerkatheter	
<input type="checkbox"/> transurethraler Dauerkatheter	
<input type="checkbox"/> Urostoma	
B.6 Colo-/Ileostoma	
<input type="checkbox"/> entfällt (nicht vorhanden)	
<input type="checkbox"/> ja	

0 = selbständig
 1 = überwiegend selbständig
 2 = überwiegend unselbständig
 3 = unselbständig

4.1	Vorderen Oberkörper waschen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.2	Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.3	Intimbereich waschen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.4	Duschen oder Baden	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.5	Oberkörper an- und auskleiden	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.6	Unterkörper an- und auskleiden	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.7	Nahrung mundgerecht zubereiten, Getränk eingießen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.8	Essen	<input type="checkbox"/> _{nur Sonde}	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.9	Trinken	<input type="checkbox"/> _{nur Sonde}	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.10	Toilette/Toilettenstuhl benutzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.11	Folgen einer Harninkontinenz bewältigen, Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma	<input type="checkbox"/> _{entfällt}	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.12	Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen, Umgang mit Stoma	<input type="checkbox"/> _{entfällt}	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

4.13 Veränderungen der Fähigkeit zur Selbstversorgung innerhalb der letzten Wochen/Monate

- Verbesserung
- Verschlechterung
- keine Veränderung
- nicht zu beurteilen.

4.14 Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung? (Mehrfachangaben möglich)

- nein
- ja, durch Durchführung/Optimierung therapeutischer Maßnahmen
- ja, durch Optimierung der räumlichen Umgebung (z.B. Badezimmer)
- ja, durch Hilfsmiteinsatz bzw. dessen Optimierung
- ja, durch andere Maßnahmen, und zwar:
- ja, auch ohne Maßnahmen (Rekonvaleszenz, natürlicher Verlauf)

5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

	ent-fällt	selb-ständig	Häufigkeit der Hilfe (Anzahl eintragen)			Nur vorüber-gehend (< 6 Mon.)
			tgl.	wö.	mon.	
5.1 Medikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.2 Injektionen (s.c./i.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.3 Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.4 Absaugen oder Sauerstoffgabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.5 Einreibungen, Kälte-/Wärmeanwendungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.6 Messung und Deutung von Körperzuständen (z.B. BZ, RR etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.7 Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln (z.B. Prothesen, Kompressionsstrümpfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.8 Verbandwechsel/Wundversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.9 Wundversorgung bei Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.10 Regelmäßige Einmalkatheterisierung, Nutzung von Abführmethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.11 Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung (z.B. Bewegungsübungen, Atemgymnastik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.12 Zeitlich ausgedehnte technikintensive Maßnah- men in häuslicher Umgebung (wie Hämodialyse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.13 Arztbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.14 Besuch anderer medizinischer/therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Std.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.15 Zeitlich ausgedehnter Besuch med./ therap. Einrichtungen (länger als 3 Std.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5. K Besuch einer Einrichtung zur Durchführung von Frühförderung (nur bei Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

5.16 Einhaltung einer Diät oder anderer Verhaltensvorschriften, und zwar:

-
- entfällt/nicht erforderlich
- selbständig
- überwiegend selbständig (bei gelegentlicher Erinnerung/Anleitung)
- überwiegend unselbständig (benötigt meistens Anleitung)
- unselbständig (benötigt immer Anleitung)

5.17 Veränderungen im Bereich des Umgangs mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen innerhalb der letzten Wochen/Monate (Mehrfachangaben möglich)

- Verbesserung der Bewältigung von Anforderungen/Belastungen
 Verschlechterung der Bewältigung von Anforderungen/Belastungen
 Zunahme der Anforderungen oder Belastungen
 keine Veränderung
 nicht zu beurteilen.

5.18 Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung der Fähigkeit, krankheits- und therapiebedingte Anforderungen zu bewältigen? (Mehrfachangaben möglich)

- nein
 ja, durch Information oder Beratung zur Verbesserung des *Wissens* um die bestehenden Erkrankungen und damit zusammenhängende Anforderungen (z.B. Krankheitssymptome und adäquate Reaktionen auf eine veränderte Symptomatik)
 ja, durch edukative Maßnahmen/Beratung zum *Umgang mit therapiebedingten Anforderungen* (z.B. Medikamenteneinnahme, Einhaltung einer Diät oder anderer Verhaltensvorschriften)
 ja, durch Anleitung bzw. Vermittlung von *Kenntnissen und Fertigkeiten im Umgang mit Hilfsmitteln* und medizinischen Geräten.

6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

0 = selbständig
 1 = überwiegend selbständig
 2 = überwiegend unselbständig
 3 = unselbständig

6.1	Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.2	Ruhen und Schlafen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.3	Sich beschäftigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.4	In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

7. Außerhäusliche Aktivitäten

Fortbewegung im außerhäuslichen Bereich

7.1 Verlassen der Wohnung/des Wohnbereichs

- selbständig (ohne Begleitung)
- überwiegend selbständig (mit Unterstützung, aber auch mit Eigenaktivität der Person)
- überwiegend/völlig unselbständig, Hilfe durch eine Person reicht jedoch aus
- überwiegend/völlig unselbständig, Hilfe durch zwei Personen erforderlich.

7.2 Fortbewegung außerhalb der Wohnung oder Einrichtung (zu Fuß oder mit dem Rollstuhl)

- selbständig (ohne Begleitung)
- nur auf gewohnten Wegen selbständig
- auf allen Wegen nur mit personeller Hilfe möglich
- auch mit personeller Hilfe nicht möglich.

7.3 Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel (Nahverkehr)

- selbständig (ohne Begleitung)
- nur auf gewohnten Strecken selbständig
- auf allen Strecken nur mit personeller Hilfe möglich
- auch mit personeller Hilfe nicht möglich.

7.4 Mitfahren in einem PKW/Taxi

- selbständig
- benötigt nur Hilfe beim Ein-/Aussteigen (Hilfsperson während der Fahrt ist nicht erforderlich)
- benötigt Hilfe (auch) während der Fahrt mit dem PKW/Taxi (zusätzlich zum Fahrer)
- nicht möglich, Liegendtransport oder Transport im Rollstuhl (Spezialfahrzeuge) notwendig.

Aktivitäten (Beurteilung ohne Berücksichtigung von Wegstrecken)

7.5 Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen

- Teilnahme selbständig möglich
- Nicht selbständig, zur Teilnahme ist unterstützende Begleitung erforderlich
- Teilnahme ist auch mit unterstützender Begleitung nicht möglich
- Aktivität kommt nicht vor (nicht gewünscht)

7.6 Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, Werkstatt, Tagespflegeeinrichtung

- Teilnahme selbständig möglich
- Nicht selbständig, zur Teilnahme ist unterstützende Begleitung erforderlich
- Teilnahme ist auch mit unterstützender Begleitung nicht möglich
- Aktivität kommt nicht vor (nicht gewünscht bzw. nicht erforderlich)

7.7 Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen

(Besuche, organisierte Freizeitaktivitäten, Selbsthilfegruppen, Vereine etc.)

- Teilnahme selbständig möglich
- Nicht selbständig, zur Teilnahme ist unterstützende Begleitung erforderlich
- Teilnahme ist auch mit unterstützender Begleitung nicht möglich
- Aktivität kommt nicht vor (nicht gewünscht)

8. Haushaltsführung

0 = selbständig
 1 = überwiegend selbständig
 2 = überwiegend unselbständig
 3 = unselbständig

8.1	Einkaufen für den täglichen Bedarf	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8.2	Zubereitung einfacher Mahlzeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8.3	Einfache (leichte) Aufräum- und Reinigungsarbeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8.4	Aufwändige (schwere) Aufräum- und Reinigungsarbeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8.5	Nutzung von Dienstleistungen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8.6	Regelung finanzieller Angelegenheiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8.7	Regelung von Behördenangelegenheiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Präventionsbedarf

0 = Risiko besteht nicht bzw. ist noch nicht aufgetreten
 1 = Risiko besteht
 2 = Risiko besteht und erfordert umgehende Maßnahmen

C.1	Sturzrisiko	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
C.2	Dekubitusrisiko	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
C.3	Dehydrationsrisiko	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
C.4	Anzeichen für Mangelernährung	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
C.5	Anzeichen für Alkohol-/Drogenmissbrauch	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
C.6	Probleme bei der Medikamentenversorgung	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
C.7	Krankheitsbezogene Risiken bei:	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

Empfehlungen zu Prävention und Rehabilitation

D.1 Präventive Maßnahmen

- Keine Empfehlung
 Empfehlung einer vertiefenden Abklärung bestehender Risiken durch:

.....

- Einleitung von Maßnahmen aufgrund bestehender Risiken:

.....

D.2 Hinweise auf Einschränkungen der Rehabilitationsfähigkeit

- erhebliche Beeinträchtigung der kognitiven/kommunikativen Fähigkeiten (Modul 2)
 problematische Verhaltensweisen (Modul 3)
 dauerhaft geringe körperliche Belastbarkeit
 fehlende Motivation
 andere Faktoren, und zwar:
 keine wesentliche Einschränkung der Rehabilitationsfähigkeit feststellbar.

D.3 Empfehlung zur Einleitung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation

- Empfehlung zur Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen, und zwar:
- ambulante indikationsspezifische Rehabilitation
 - stationäre indikationsspezifische Rehabilitation
 - ambulante geriatrische Rehabilitation
 - stationäre geriatrische Rehabilitation
- Erläuterungen zur empfohlenen Maßnahme:

.....

- Weitere Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit wird empfohlen. Begründung:

.....

.....

.....

- Einleitung von Maßnahmen wird nicht empfohlen. Begründung:

- keine realistischen Möglichkeiten zur Verbesserung oder keine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit feststellbar
- Fortführung laufender Therapiemaßnahmen ist ausreichend
- Wirkung einer gerade abgeschlossenen Rehabilitationsmaßnahme ist abzuwarten
- andere Maßnahmen sind ausreichend (bitte unter D.4 – D.7 erläutern)
- andere Gründe, und zwar:

.....

.....

D.4 Hilfs- und Pflegehilfsmittelversorgung

- keine weitere Empfehlung
- Empfehlung zum Einsatz des folgenden Hilfsmittels:
-
- Empfehlung zur Optimierung des Hilfsmiteleinsatzes durch:
-
- Das Hilfsmittel dient:

D.5 Technische Hilfen und bauliche Maßnahmen im Wohnumfeld

- Keine Empfehlung
- Empfehlung von:

D.6 Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation:

- Keine Empfehlung
- Empfehlung zu Art und Umfang der Pflegeleistungen:
-
-
- Empfehlung zur Inanspruchnahme von Beratungsleistungen:
-
-
- Empfehlung zu Maßnahmen zur Entlastung der Pflegeperson:
-
-

D.7 Sonstige Empfehlungen:

-
-
-