

Vedr.: Hr./Fr.

Personalnummer:

I. EVALUERING AF SELVHJULPENHED

PUNKT	BESKRIVELSE	RESULTAT
ERNÆRING	- Uafhængig, i stand til at bruge bestik, spiser rimeligt hurtigt	10 <input type="checkbox"/>
	- Har brug for hjælp, f.eks. til at skære maden i stykker	5 <input type="checkbox"/>
	- Kan ikke selv spise	0 <input type="checkbox"/>
BAD	- Kan selv tage bad	5 <input type="checkbox"/>
	- Kan ikke selv tage bad	0 <input type="checkbox"/>
PERSONLIG HYGIEJNE	- Kan selv vaske sit ansigt, frisere sig, børste tænder, barbere sig (kan selv sætte barbermaskinestik i stikkontakt)	5 <input type="checkbox"/>
	- Kan ikke selv gøre disse ting	0 <input type="checkbox"/>
PÅKLÆDNING	- Uafhængig. Kan selv binde snøreband, lukke spænder m.m. og tage seler på	10 <input type="checkbox"/>
	- Har brug for hjælp, men kan til dels selv gøre disse ting rimeligt hurtigt	5 <input type="checkbox"/>
	- Kan ikke selv gøre disse ting	0 <input type="checkbox"/>
TARMFUNKTION	- Ingen problemer. Kan om nødvendigt selv anvende klyster/stikpiller	10 <input type="checkbox"/>
	- Lejlighedsvis problemer. Har brug for hjælp til at anvende klyster/stikpiller	5 <input type="checkbox"/>
	- Kan ikke selv anvende klyster/stikpiller	0 <input type="checkbox"/>
BLÆREFUNKTION	- Ingen problemer. Kan eventuelt selv anvende udstyr til opsamling af urin	10 <input type="checkbox"/>
	- Lejlighedsvis problemer og har brug for hjælp til at anvende udstyr til opsamling af urin	5 <input type="checkbox"/>
	- Kan ikke selv anvende sådant udstyr	0 <input type="checkbox"/>
BRUG AF WC	- Kan selv gå på wc eller bruge bækken. Kan selv holde sit tøj, tørre sig, skylle efter og gøre bækkenet rent	10 <input type="checkbox"/>
	- Har brug for nogen at støtte sig til, til at holde sit tøj og wc-papir	5 <input type="checkbox"/>
	- Kan ikke selv gøre disse ting	0 <input type="checkbox"/>
BRUG AF SENG, KØRESTOL OG STOL	- Uafhængig, kan bl.a. selv blokere kørestol og slå fodstøtter ned	15 <input type="checkbox"/>
	- Har brug for lidt hjælp eller blot tilsyn	10 <input type="checkbox"/>
	- Kan selv sætte sig, men har brug for maksimal hjælp for at flytte sig	5 <input type="checkbox"/>
	- Helt afhængig	0 <input type="checkbox"/>
GANG	- Uafhængig over afstand på 50 m. Kan bruge stok, men bruger ikke rollator o.lign.	15 <input type="checkbox"/>
	- Kan gå 50 m med hjælp	10 <input type="checkbox"/>
	- Uafhængig med kørestol over afstand på 50 m, hvor vedkommende ikke selv kan gå	5 <input type="checkbox"/>
	- Kan ikke selv gå	0 <input type="checkbox"/>
BRUG AF TRAPPER	- Uafhængig. Kan bruge stok	10 <input type="checkbox"/>
	- Har brug for hjælp eller blot tilsyn	5 <input type="checkbox"/>
	- Kan ikke selv gå op ad trapper	0 <input type="checkbox"/>
SAMLET ANTAL POINT		.../100

Lægen skal sætte kryds ud for hvert af disse punkter.*Udfyld venligst også bagsiden*

II. EVALUERING VEDRØRENDE RUM OG TID

PERSONENS TILSTAND	EVALUERING AF KONSTATEREDE PROBLEMER		RESULTAT
1. PROBLEMER MED AT UDTRYKKE SIG Problemer med at gøre sig forståelig med tale og/eller tegn	- hele tiden - af og til, sjældent - aldrig		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
2. TALEFORSTYRRELSE Råber uden grund og/eller forstyrrer andre ved at råbe og/eller skrig	- hele tiden - af og til, sjældent - aldrig		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
3. UPASSENDE ADFÆRD Opfører sig upassende ved bordet i forbindelse med måltider, klæder sig af utidigt, urinerer andre steder end på wc, spytter m.m.	- hele tiden - af og til, sjældent - aldrig		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
4. TIDSMÆSSIG ORIENTERING	- helt desorienteret - af og til - ingen problemer		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
5. FORSTYRRET ADFÆRD Relationelle og adfærdsmæssige problemer og/eller selvdestruktiv adfærd og eller urolig psykomotorisk adfærd (flakken omkring, forsvinden m.m.)	- hele tiden - af og til, sjældent - aldrig		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
6. NATLIG ADFÆRD Flakker om, forstyrrer andre, kan ikke skelne mellem dag og nat	- hele tiden - af og til, sjældent - aldrig		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
7. ORIENTERING I OMGIVELSERNE	- helt desorienteret - af og til - ingen problemer		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
8. DESTRUKTIV ADFÆRD Ødelægger materiel og genstande: tøj, møbler, aviser m.m. og/eller aggressiv over for andre	- hele tiden - af og til, sjældent - aldrig		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
9. HUKOMMELSESTAB	a) - nyligt:	JA NEJ	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	b) - langvarigt:	JA NEJ	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
10. GENKENDELSE AF NÆRMESTE FAMILIE M.M. Genkender ikke ...	a) - nærmeste familie (børn, ægtefælle):	JA NEJ	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	b) - venner, bekendte og andre:	JA NEJ	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
SAMLET ANTAL POINT		.../100	

Lægen skal sætte kryds ud for hvert af disse punkter.

.....
Dato

.....
Lægens underskrift og stempel