

Betrifft: Frau/Herrn..... Personalnummer .....

I. **BEWERTUNG DER FUNKTIONELLEN SELBSTSTÄNDIGKEIT**

BEWERTUNGSKRITERIUM	BESCHREIBUNG	PUNKT-ZAHL
<b>EINNAHME DER MAHLZEITEN</b>	– Selbstständig, kann mit Besteck essen, beendet die Mahlzeiten innerhalb eines normalen Zeitraums.	10 <input type="checkbox"/>
	– Braucht Hilfe, um beispielsweise Nahrungsmittel zu schneiden.	5 <input type="checkbox"/>
	– Ist nicht in der Lage, sich selbstständig zu ernähren.	0 <input type="checkbox"/>
<b>BADEN</b>	– Nimmt ein Bad ohne Hilfestellung.	5 <input type="checkbox"/>
	– Ist nicht in der Lage, ein Bad nehmen.	0 <input type="checkbox"/>
<b>TÄGLICHE KÖRPERPFLEGE</b>	– Wäscht sich das Gesicht, kämmt sich die Haare, reinigt sich die Zähne, rasiert sich (schließt den Rasierapparat an die Steckdose an).	5 <input type="checkbox"/>
	– Ist nicht in der Lage, diese Handlungen durchzuführen.	0 <input type="checkbox"/>
<b>ANKLEIDEN</b>	– Selbstständig. Kann Schuhbänder zubinden, Hacken und Ösen verschließen, Hosenträger festklemmen.	10 <input type="checkbox"/>
	– Benötigt Hilfe, kann aber mindestens die Hälfte dieser Handlungen innerhalb eines angemessenen Zeitraums durchführen.	5 <input type="checkbox"/>
	– Ist nicht in der Lage, diese Handlungen durchzuführen.	0 <input type="checkbox"/>
<b>DARMKONTROLLE</b>	– Hat keine Probleme. Ist in der Lage, erforderlichenfalls Darmspülungen durchzuführen oder Zäpfchen zu verwenden.	10 <input type="checkbox"/>
	– Hat gelegentlich Probleme. Braucht Hilfe bei der Durchführung von Darmspülungen oder der Verwendung von Zäpfchen.	5 <input type="checkbox"/>
	– Ist nicht in der Lage, Darmspülungen durchzuführen oder Zäpfchen zu verwenden.	0 <input type="checkbox"/>
<b>BLASENKONTROLLE</b>	– Hat keine Probleme. Ist erforderlichenfalls in der Lage, die für die Sammlung von Urin bestimmten Gefäße zu benutzen.	10 <input type="checkbox"/>
	– Hat gelegentlich Probleme und benötigt Hilfe, um die für die Sammlung von Urin bestimmten Gefäße zu benutzen.	5 <input type="checkbox"/>
	– Ist nicht in der Lage, diese Gefäße zu benutzen	0 <input type="checkbox"/>
<b>GANG ZUR TOILETTE</b>	– Ist in der Lage, selbstständig auf die Toilette, den Toilettenstuhl oder den Nachtopf zu gehen. Kommt mit der Kleidung zurecht, kann sich abwischen, die Wasserspülung betätigen oder den Toiletteneimer bzw. Nachtopf säubern.	10 <input type="checkbox"/>
	– Braucht Hilfe, um das Gleichgewicht zu halten, um mit der Kleidung oder dem Toilettenpapier zurechtzukommen.	5 <input type="checkbox"/>
	– Ist nicht in der Lage, die vorstehend aufgeführten Handlungen durchzuführen.	0 <input type="checkbox"/>
<b>SICH ZUM BETT, SESSEL ODER STUHL BEGEBEN</b>	– Selbstständig, ist auch in der Lage, den Rollstuhl zu blockieren und die Fußstütze wegzuklappen.	15 <input type="checkbox"/>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Braucht ein Minimum an Hilfe oder einfach nur etwas Unterstützung.</li> <li>– Kann sich alleine hinsetzen, braucht aber sehr viel Hilfe für die Fortbewegung.</li> <li>– Ist vollständig auf Hilfe angewiesen.</li> </ul>	10 <input type="checkbox"/>
		5 <input type="checkbox"/>
		0 <input type="checkbox"/>
<b>LAUFEN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kann 50 Meter alleine laufen. Kann Gehstöcke benutzen, benutzt aber keine rollenden Gehhilfen.</li> <li>– Kann 50 Meter mit Hilfe laufen.</li> <li>– Kann mit einem Rollstuhl selbstständig 50 Meter zurücklegen, falls zum Laufen nicht in der Lage.</li> <li>– Ist nicht in der Lage zu laufen.</li> </ul>	15 <input type="checkbox"/>
		10 <input type="checkbox"/>
		5 <input type="checkbox"/>
		0 <input type="checkbox"/>
<b>TREPPEN HINAUFGEHEN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Selbstständig. Kann Stöcke benutzen</li> <li>– Benötigt Hilfe oder einfach nur etwas Unterstützung.</li> <li>– Ist nicht in der Lage, Treppen hinaufzugehen.</li> </ul>	10 <input type="checkbox"/>
		5 <input type="checkbox"/>
		0 <input type="checkbox"/>
SUMME ALLER BEWERTUNGSKRITERIEN		... / 100

Der Arzt muss für jedes Bewertungskriterium **ein Feld ankreuzen**.

Bitte wenden und Rückseite ausfüllen

## II. BEWERTUNG DER FÄHIGKEIT DER RÄUMLICHEN UND ZEITLICHEN ORIENTIERUNG

ZUSTAND DES PATIENTEN/DER PATIENTIN	BEWERTUNG DER SCHWIERIGKEITEN			PUNKT-ZAHL	
<b>1. AUSDRUCKSSCHWIERIGKEITEN</b> Schwierigkeiten, sich mit Worten und/oder Gesten verständlich zu machen.	– ständig – gelegentlich, selten – nie			0	<input type="checkbox"/>
				5	<input type="checkbox"/>
				10	<input type="checkbox"/>
<b>2. VERBALE STÖRUNGEN</b> Grundloses Schreien und/oder Stören anderer Personen durch Schreien und/oder Brüllen	– ständig – gelegentlich, selten – nie			0	<input type="checkbox"/>
				5	<input type="checkbox"/>
				10	<input type="checkbox"/>
<b>3. VERHALTENSSTÖRUNGEN</b> Unappetitliche Tischmanieren, plötzliches Sich-Ausziehen, Verrichten der Notdurft außerhalb der dafür vorgesehenen Einrichtungen, Spucken...	– ständig – gelegentlich, selten – nie			0	<input type="checkbox"/>
				5	<input type="checkbox"/>
				10	<input type="checkbox"/>
<b>4. ZEITLICHE ORIENTIERUNG</b>	– vollständig desorientiert – gelegentlich desorientiert – keine Probleme			0	<input type="checkbox"/>
				5	<input type="checkbox"/>
				10	<input type="checkbox"/>
<b>5. UNRUHIGES VERHALTEN</b> Zwischenmenschliche Schwierigkeiten, Persönlichkeitsstörungen und/oder Autoaggressivität und/oder psychomotorische Unruhe (Wandertrieb, Ausbrechen...)	– ständig – gelegentlich, selten – nie			0	<input type="checkbox"/>
				5	<input type="checkbox"/>
				10	<input type="checkbox"/>
<b>6. NÄCHTLICHES VERHALTEN</b> Herumirren, Stören der Mitmenschen, Verwechseln von Tag und Nacht	– ständig – gelegentlich, selten – nie			0	<input type="checkbox"/>
				5	<input type="checkbox"/>
				10	<input type="checkbox"/>
<b>7. RÄUMLICHE ORIENTIERUNG</b>	– vollständig desorientiert – gelegentlich desorientiert – keine Probleme			0	<input type="checkbox"/>
				5	<input type="checkbox"/>
				10	<input type="checkbox"/>
<b>8. FEINDSELIGES VERHALTEN</b> Gewalttätig gegenüber dem Umfeld und gegenüber den Gegenständen der Umgebung: Kleidung, Möbel, Zeitschriften usw. sowie Aggressivität gegenüber den Mitmenschen.	– ständig – gelegentlich, selten – nie			0	<input type="checkbox"/>
				5	<input type="checkbox"/>
				10	<input type="checkbox"/>
<b>9. GEDÄCHTNISVERLUST</b>	(a) Kurzzeitgedächtnis	JA	NEIN	0	<input type="checkbox"/>
				5	<input type="checkbox"/>
	(b) Langzeitgedächtnis	JA	NEIN	0	<input type="checkbox"/>
				5	<input type="checkbox"/>
<b>10. ERKENNEN DER UMGEBUNG</b> Verlust der Fähigkeit des Erkennens.	(a) Familienangehörige (Kinder, Ehefrau)	JA	NEIN	0	<input type="checkbox"/>
				5	<input type="checkbox"/>
	(a) Freunde, Bekannte usw.	JA	NEIN	0	<input type="checkbox"/>
				5	<input type="checkbox"/>
SUMME ALLER BEWERTUNGSKRITERIEN				... / 100	

Der Arzt muss für jeden Posten **ein Feld ankreuzen**.

Datum: ../../..

Unterschrift des Arztes und Stempel