



# Kriterienliste – betrifft Grad der Pflegebedürftigkeit

Name: ..... Vorname: .....

Geb. Datum .....

		Ja	Nein
<b>Ernährung</b>	ohne Hilfe		
	mit Hilfe		
	ganz unselbstständig		
<b>Ankleiden</b>	ohne Hilfe		
	mit Hilfe		
	ganz unselbstständig		
<b>Beweglichkeit</b>	ohne Hilfe		
	mit Hilfe		
	Fauteuil mit Hilfe		
	bettlägerig		
	häufiger Lagewechsel		
<b>Körperpflege</b> (Waschen, Baden)	ohne Hilfe		
	mit Hilfe		
	ganz unselbstständig		
<b>Ausscheidungen</b>	ohne Hilfe		
	mit Hilfe		
	Inkontinenz/Urin		
	Inkontinenz/Stuhl		
<b>Psychisch</b>	orientiert		
	desorientiert		
	deprimiert		
	ängstlich		
	wahnhaft		
	suizidal		
<b>Verbände</b>	einfache Verbände		
	andere Verbände		
<b>Abteilung</b>	offen		
	geschlossen		

Datum: .....

Unterschrift des Anmelders: .....  
 (Name, Adresse, ev. Stempel) .....