



Angaben zur Pflege / Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

	selbständig	teilw. selbständig	unselbständig		selbständig	teilw. selbständig	unselbständig
Waschen und kleiden				Atmung			
• sich an- und ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Unauffällig	<input type="checkbox"/>		
sich waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Atemnot	<input type="checkbox"/>		
• baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Auswurf	<input type="checkbox"/>		
duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hilfsmittel/Spezielles: _____			
• Zahn- und Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kommunikation			
• Spezielle Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekubituspflege <input type="checkbox"/>				• hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Injektionen <input type="checkbox"/>				• sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbände <input type="checkbox"/>				• sich nonverbal ausdrücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infusionen <input type="checkbox"/>				• Hörapparat <input type="checkbox"/>			
Hilfsmittel/Spezielles: _____				• Brille <input type="checkbox"/>			
Essen und Trinken				Hilfsmittel/Spezielles: _____			
• essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ruhen und Schlafen			
• trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaf-Wach-Rhythmus	normal <input type="checkbox"/>	gestört <input type="checkbox"/>	
• Diät <input type="checkbox"/>				Hilfsmittel/Spezielles: _____			
• Zahnprothesen <input type="checkbox"/>				Haushaltsarbeiten			
Hilfsmittel/Spezielles: _____				• einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausscheidung				• kochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Urin ausscheiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Stuhl ausscheiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Spezielle Pflege				• betten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinent Urin <input type="checkbox"/>				Hilfsmittel/Spezielles: _____			
Inkontinent Stuhl <input type="checkbox"/>				Orientierung			
Dauerkatheter <input type="checkbox"/>				• zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urostomie/Colostomie <input type="checkbox"/>				• örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasenspülung <input type="checkbox"/>				• persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinzuckerbestimmung <input type="checkbox"/>				Hilfsmittel/Spezielles: _____			
Hilfsmittel/Spezielles: _____				Verhalten			
Bewegung				• unauffällig	<input type="checkbox"/>		
• aufstehen/hinsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• unruhig	<input type="checkbox"/>		
• stehen/gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• aggressiv	<input type="checkbox"/>		
• Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• passiv	<input type="checkbox"/>		
• hinlegen/aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• wahnhaft	<input type="checkbox"/>		
Hilfsmittel/Spezielles: _____				• Gefahr des Weglaufens <input type="checkbox"/>			
				• verwirrt <input type="checkbox"/>			
				Hilfsmittel/Spezielles: _____			



Angaben zur Person

(z. B. Biografie, Beruf, Interessen, einschneidende Erlebnisse, Zukunft usw.)

Krankheiten

(z. B. Bluthochdruck, Allergien, Diabetes usw. Welche Krankheiten sind bekannt, werden diese behandelt?)

Medikamente

	mo	mi	nami	ab	na
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen

Betreuung Zuhause

(z. B. Spitex)

Bemerkungen

Ausgefüllt von

Vorname / Name _____

Datum _____ Telefon _____

Unterschrift _____