

Angaben zu Pflege/Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) für Tagesaufenthalte im Ris

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____

selbstständig
teilw. selbstständig
unselbstständig

selbstständig
teilw. selbstständig
unselbstständig

Essen und Trinken

- Essen
- Trinken
- Diät

Hilfsmittel/Spezielles _____

Kommunikation

- Sehen
- Hören
- Sprechen
- sich nonverbal ausdrücken
- Hörapparat
- Brille

Hilfsmittel/Spezielles _____

Ausscheidungen

- Urin ausscheiden
- Stuhl ausscheiden
- Spezielle Pflege
Inkontinent Urin
- Inkontinent Stuhl
- Dauerkatheter
- Urostomie/Colostomie

Verhalten

- unauffällig
- unruhig
- aggressiv
- passiv
- wahnhaft
- Gefahr des Weglaufens
- verwirrt

Hilfsmittel/Spezielles _____

Bewegung

- Aufstehen/Hinsetzen
- Stehen/Gehen
- Treppensteigen
- Hinlegen/Aufsetzen

Hilfsmittel/Spezielles _____

Orientierung

- zeitlich
- örtlich
- persönlich

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	Bemerkungen
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Bemerkungen

Ausgefüllt von

Vorname / Name _____

Datum _____ Telefon _____

Unterschrift _____