



Angaben zur Pflege / Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

	selbständig	Teil. selbständig	unselbständig
Waschen und kleiden			
• Sich an- und ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sich waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Zahn- und Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Spezielle Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekubituspflege <input type="checkbox"/>			
Injektionen <input type="checkbox"/>			
Verbände <input type="checkbox"/>			
Infusionen <input type="checkbox"/>			

Hilfsmittel/Spezielles: _____

Essen und Trinken			
• essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diät <input type="checkbox"/>			
• Zahnprothesen <input type="checkbox"/>			

Ausscheidung			
• Urin ausscheiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Stuhl ausscheiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Spezielle Pflege <input type="checkbox"/>			
Inkontinent Urin <input type="checkbox"/>			
Inkontinent Stuhl <input type="checkbox"/>			
Dauerkatheter <input type="checkbox"/>			
Urostomie/Colostomie <input type="checkbox"/>			
Blasenspülung <input type="checkbox"/>			
Urinzuckerbestimmung <input type="checkbox"/>			

Hilfsmittel/Spezielles: _____

Bewegung			
• aufstehen/hinsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• stehen/gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• hinlegen/aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfsmittel/Spezielles: _____

Atmung			
• Unauffällig	<input type="checkbox"/>		
• Atemnot	<input type="checkbox"/>		
• Auswurf	<input type="checkbox"/>		

Hilfsmittel/Spezielles: _____

Kommunikation			
• sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sich nonverbal ausdrücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hörapparat <input type="checkbox"/>			
• Brille <input type="checkbox"/>			

Hilfsmittel/Spezielles: _____

Ruhen und Schlafen			
Schlaf-Wach-Rhythmus	normal	<input type="checkbox"/>	gestört <input type="checkbox"/>

Hilfsmittel/Spezielles: _____

Haushaltsarbeiten			
• einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• kochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• betten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfsmittel/Spezielles: _____

Orientierung			
• zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfsmittel/Spezielles: _____

Verhalten			
• unauffällig	<input type="checkbox"/>		
• unruhig	<input type="checkbox"/>		
• aggressiv	<input type="checkbox"/>		
• passiv	<input type="checkbox"/>		
• wahnhaft <input type="checkbox"/>			
• 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

Bemerkungen

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

Betreuung Zuhause

(z. B. Spitex)

Bemerkungen

Ausgefüllt von

Vorname / Name: _____

Datum: _____ Telefon: _____

Unterschrift: _____