

Ihr Pfl egetagebuch

Mit wertvollen Tipps für alle Beteiligten



Inhaltsverzeichnis

3 Tipps zum Führen eines Pflegetagebuchs 03

So wird der Grad der Pflegebedürftigkeit festgestellt 04

○ So führen Sie das Pflegetagebuch 06

PFLEGETAGEBUCH 07

Modul 1: Mobilität 08

Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten 09

Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen 11

○ Modul 4: Selbstversorgung 13

Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit
krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und
Belastungen 15

Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte 18

3 Tipps zum Führen eines Pflegetagebuchs

Die Beantragung eines Pflegegrades geht immer mit einem Begutachtungsbesuch des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen einher. Dies ist für die meisten Menschen eine ungewohnte Situation, die gut gemeistert werden will. Denn der Begutachtungsbesuch entscheidet über die Höhe Ihres Pflegegrades und damit auch über die Höhe der Leistungen Ihrer Pflegekasse. Um dem MD die Einschätzung Ihrer Pflegesituation zu erleichtern, wird empfohlen, ein Pflegetagebuch zu führen. Wir geben Ihnen 3 Tipps, wie Sie Ihr Pflegetagebuch richtig nutzen.



1. Seien Sie ehrlich

Beim Gespräch mit dem MD neigen viele pflegebedürftige Menschen dazu, Ihre Situation zu beschönigen. Der MD benötigt aber ein ehrliches Bild Ihrer Pflegesituation, damit Sie die Leistungen erhalten, die Sie benötigen. Ein Pflegetagebuch hilft Ihnen dabei, einen guten Überblick über Ihre Bedürfnisse zu erlangen und diese auch zu kommunizieren.

2. Holen Sie sich Hilfe

Holen Sie sich zum Führen des Pflegetagebuchs Hilfe bei einer vertrauten Person: einer Person aus Ihrem Familienkreis oder Ihre Pflegeperson. Ein zweiter Blick offenbart häufig weitere Aspekte. Diese Person sollte idealerweise auch beim Besuch des MD anwesend sein.

3. Lassen Sie sich Zeit

Grundsätzlich wird empfohlen, ein Pflegetagebuch über mindestens 2 bis 3 Wochen zu führen. So erfassen Sie nicht nur eine Momentaufnahme, sondern bilden das ganze Spektrum Ihrer Pflegesituation ab.

Weitere Dokumente, die Sie beim MD-Besuch zur Hand haben sollten:

- Ärztliche Gutachten & Berichte
- Ihren Medikationsplan
- Liste aller benötigten Pflegehilfsmittel
- Liste mit Namen, Adressen & Telefonnummern aller Ihrer ärztlichen & therapeutischen Praxen



So wird der Grad der Pflegebedürftigkeit festgestellt

Der Medizinische Dienst stellt den Grad Ihrer Pflegebedürftigkeit anhand sechs verschiedener Bereiche, Module genannt, fest. Ausschlaggebend bei der Beurteilung ist der Grad Ihrer Selbstständigkeit. Entsprechend ist auch das Pflegetagebuch aufgebaut.

Die Beurteilung Ihrer Pflegebedürftigkeit erfolgt anhand von 6 Modulen. Diese lauten wie folgt:

Modul 1: Mobilität

Hier wird beurteilt, wie gut Sie Bewegungen ausführen bzw. steuern können.

Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Hier stehen Ihre geistigen Fähigkeiten im Mittelpunkt.

Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

In diesem Modul wird beurteilt, wie Sie mit schwierigen Situationen umgehen bzw. wie Sie Ihre Gefühle steuern.

Modul 4: Selbstversorgung

Hier wird beurteilt, inwiefern Sie noch selbstständig Essen und Trinken bzw. Ihrer Körperhygiene nachgehen können.

Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

In diesem Modul wird bewertet, ob Sie im Falle von Krankheiten noch selbst in der Lage sind, Maßnahmen wie das Setzen von Spritzen oder Einnehmen von Medikamenten zu erledigen.

Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Hier wird beurteilt, inwiefern Sie in der Lage sind, Ihren Alltag eigenständig zu strukturieren und mit anderen Menschen in Kontakt zu bleiben.

Ausschlaggebend für die Beurteilung der einzelnen Module ist Ihr Grad der Selbstständigkeit bzw. das Vorhandensein oder Fehlen von Fähigkeiten.

Selbstständigkeit

In Ihrem Pflegetagebuch können Sie bei einigen Fragestellungen zwischen vier Graden der Selbstständigkeit wählen:

- Selbstständig
- Überwiegend selbstständig
- Überwiegend unselbstständig
- Unselbstständig

Doch was bedeuten diese Grade genau?

1. Selbstständig

Unter „selbstständig“ werden Handlungen verstanden, die Sie ohne fremde Hilfe durchführen können. Dies trifft auch dann noch zu, wenn für Handlungen etwas mehr Zeit oder ein Hilfsmittel benötigt werden. Auch Beeinträchtigungen, die nicht dauerhaft auftreten, oder Handlungen, bei denen ab und zu kleinere Schwierigkeiten auftreten, fallen noch unter „selbstständig“.

2. Überwiegend selbstständig

Als „überwiegend selbstständig“ werden Handlungen bezeichnet, die Sie noch größtenteils selbst ausführen können und bei denen nur wenig Unterstützung seitens der Pflegeperson nötig ist.

Diese Unterstützung kann beispielsweise wie folgt aussehen:

- Die Pflegeperson bereitet eine Handlung durch Bereitlegen von Gegenständen vor, die Handlung selbst wird aber von der pflegebedürftigen Person ausgeführt.
- Die Pflegeperson gibt den Anstoß zu oder gibt Hinweise zu Teilschritten einer Handlung.
- Die Pflegeperson beaufsichtigt die Handlung und greift gegebenenfalls unterstützend ein.
- Die Pflegeperson beaufsichtigt die Handlung aus Sicherheitsgründen, weil die pflegebedürftige Person bspw. Sturzgefährdet ist.

Überwiegend unselbstständig

Wenn die pflegebedürftige Person nur zu einem geringen Teil an den Pflegehandlungen teilnehmen kann, wird dies als „überwiegend selbstständig“ bezeichnet. Dies kann wie folgt aussehen:

- Die Pflegeperson muss die Pflegehandlung durchgehend motivierend oder anleitend begleiten.
- Die pflegebedürftige Person ist zwar beweglich genug für die Handlung, benötigt aber aufgrund geminderter geistiger Kraft eine lenkende Begleitung der Handlung.
- Die Pflegeperson muss die Handlung von Anfang bis Ende vormachen und beaufsichtigen oder einen erheblichen Teil der Einzelschritte selbst ausführen.

Unselbstständig

Unter „unselbstständig“ wird verstanden, wenn die pflegebedürftige Person weder eine gesamte Pflegehandlung noch die einzelnen Teilschritte selbstständig durchführen kann. Die Pflegeperson muss (fast) alle Pflegehandlungen selbst durchführen, da auch durchgehende Motivation oder Anleitungen nicht ausreichen, um die pflegebedürftige Person zu aktivieren. Eine minimale Beteiligung der zu pflegenden Person ist für die Bewertung hier nicht relevant.

Fähigkeiten

Neben der Selbstständigkeit ist für die Vergabe eines Pflegegrades auch das Vorhandensein von Fähigkeiten relevant. Hier wird ebenfalls zwischen vier Graden unterschieden:

Fähigkeiten vorhanden

Eine Fähigkeit ist (nahezu) uneingeschränkt vorhanden.

Fähigkeit größtenteils vorhanden

In diesem Fall ist eine Fähigkeit die meiste Zeit vorhanden, aber nicht durchgängig. Die pflegebedürftige Person hat beispielsweise Probleme komplexere Anforderungen zu bewältigen.

Fähigkeiten in geringem Maß vorhanden

Eine Fähigkeit ist zwar vorhanden, aber in einem starken Maß beeinträchtigt. Meist können nur geringe Anforderungen bewältigt werden, es sind aber grundsätzlich noch Kräfte vorhanden, die aktiviert werden können.



Fähigkeit nicht vorhanden

Eine Fähigkeit ist nicht vorhanden oder nur noch in sehr geringem Maß. Es gibt keine Kräfte, die aktiviert werden können.

Nach der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst werden die Angaben zu allen Modulen ausgewertet. Daraus werden der Pflegegrad und damit die Leistungen, die einer pflegebedürftigen Person zustehen, ermittelt.

So führen Sie das *Pflegetagebuch*



Vor jedem Eintrag in Ihr *Pflegetagebuch* sollten Sie sich einige Fragen stellen:

- Wie läuft die Verrichtung der Pflegehandlung ab und welche Schritte beinhaltet sie?
- Ist es nötig, dass mir die Handlung von meiner Pflegeperson erklärt oder vorgemacht wird?
- Bei welchem Schritt in der Verrichtung habe ich Probleme?
- Welche Handlungen kann ich ohne Hilfe erledigen?
- Warum benötige ich bei bestimmten Pflegehandlungen die Anwesenheit bzw. Anleitung meiner Pflegeperson?
- Welche Besonderheiten fallen mir während der Verrichtung auf?

Sofern es besondere Umstände gibt, die den Pflegeaufwand erhöhen bzw. erschweren, sollten Sie sich auch diese notieren.

Dies können zum Beispiel sein:

- Übergewicht
- Lähmungen
- Atemprobleme
- Schlechte Beweglichkeit
- Schlechte Sehkraft oder Hörvermögen
- Chronische Schmerzen

Ebenfalls notieren sollten Sie sich Hilfsmittel, die für die Pflege nötig sind. Dies können beispielsweise ein Pflegebett, Treppenlift oder Badewannenlift sein.

Persönliche Angaben

Name, Vorname

geboren am

Anschrift: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefon

E-Mail-Adresse

Gesetzliche/-r Vertreter/-in

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Das Tagebuch wird geführt von

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

vom

bis

Unterschrift Tagebuchführer/-in

Hier wird beurteilt, ob eine pflegebedürftige Person ohne fremde Hilfe eine Körperhaltung einnehmen bzw. wechseln oder sich fortbewegen kann.

Nicht relevant für die Beurteilung sind etwaige geistige Beeinträchtigungen, die das Planen, Steuern oder Durchführen von Handlungen erschweren. Als „selbstständig“ gilt eine Person auch dann, wenn für Handlungen ein Hilfsmittel genutzt wird.

Kriterien	Einschätzung der Mobilität (bitte ankreuzen)
Positionswechsel im Bett Einnehmen verschiedener Positionen im Bett, Drehungen, Aufsetzen	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig
Halten einer stabilen Sitzposition Aufrechtes Sitzen im Bett, (Roll-)Stuhl oder Sessel.	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig
Umsetzen Von einer erhöhten Sitzfläche aufstehen und auf einen Rollstuhl, Sessel, etc. umsetzen.	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig
Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs Fähigkeit, sich innerhalb der Wohnung zwischen Zimmern zu bewegen.	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig
Treppensteigen Überwinden von Treppen zwischen zwei Etagen.	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig
Besondere Bedarfskonstellation	Gebrauchsfähigkeit beider Arme und beider Beine vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hier wird das Vorhandensein kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten bewertet. Es geht lediglich um die geistige Verarbeitung äußerer Reize, losgelöst von etwaigen motorischen Fähigkeiten.

Dieses Modul entfällt bei Kindern im Alter von bis zu 18 Monaten.

Kriterien	Einschätzung der kognitiven & kommunikativen Fähigkeiten (bitte ankreuzen)
Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld Personen aus dem näheren Umfeld werden immer oder zeitweise erkannt.	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> größtenteils vorhanden <input type="checkbox"/> in geringem Maß vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Örtliche Orientierung Fähigkeit, sich in räumlicher Umgebung zurechtzufinden, Orte gezielt anzusteuern & Aufenthaltsort zu erkennen.	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> größtenteils vorhanden <input type="checkbox"/> in geringem Maß vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Zeitliche Orientierung Fähigkeit, zeitliche Strukturen wie Uhrzeit, Tageszeit oder Abfolge des eigenen Lebens zu erkennen.	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> größtenteils vorhanden <input type="checkbox"/> in geringem Maß vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Erinnern an wesentliche Ereignisse & Beobachtungen Fähigkeit, sich an kurz oder länger zurückliegende Ereignisse/ Beobachtungen zu erinnern.	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> größtenteils vorhanden <input type="checkbox"/> in geringem Maß vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen Fähigkeit, alltägliche Handlungen mit Teilschritten zielgerichtet zu steuern.	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> größtenteils vorhanden <input type="checkbox"/> in geringem Maß vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden

Kriterien	Einschätzung der kognitiven & kommunikativen Fähigkeiten (bitte ankreuzen)
<p>Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben In Alltagssituationen können folgerichtige & geeignete Entscheidungen getroffen werden.</p>	<p> <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> größtenteils vorhanden <input type="checkbox"/> in geringem Maß vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden </p>
<p>Verstehen von Sachverhalten und Informationen Fähigkeit, zu erkennen, dass man sich in einer bestimmten Situation befindet.</p>	<p> <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> größtenteils vorhanden <input type="checkbox"/> in geringem Maß vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden </p>
<p>Erkennen von Risiken und Gefahren Risiken & Gefahren im Alltag können erkannt werden.</p>	<p> <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> größtenteils vorhanden <input type="checkbox"/> in geringem Maß vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden </p>
<p>Mitteilen von elementaren Bedürfnissen Fähigkeit, sich bei Hunger, Durst oder Schmerzen bemerkbar zu machen.</p>	<p> <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> größtenteils vorhanden <input type="checkbox"/> in geringem Maß vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden </p>
<p>Verstehen von Aufforderungen Aufforderungen bzgl. alltäglicher Grundbedürfnisse (Essen, Trinken, Ankleiden) werden erkannt und verstanden.</p>	<p> <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> größtenteils vorhanden <input type="checkbox"/> in geringem Maß vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden </p>
<p>Beteiligen an einem Gespräch In einem Gespräch können Gesprächsinhalte aufgenommen & Inhalte eingebracht werden.</p>	<p> <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> größtenteils vorhanden <input type="checkbox"/> in geringem Maß vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden </p>

Wiederkehrende Verhaltensweisen bzw. psychische Problemlagen, die aufgrund von Gesundheitsproblemen wiederholt auftreten und daher Unterstützung erforderlich machen.

Kriterien	Einschätzung der Verhaltensweisen & psychischen Problemlagen (bitte ankreuzen)
<p>Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten Bspw. Zielloses Umhergehen, Rastlosigkeit</p>	<p> <input type="checkbox"/> nie oder sehr selten <input type="checkbox"/> selten: 1– 3 × in zwei Wochen <input type="checkbox"/> häufig: ab 2 × pro Woche <input type="checkbox"/> täglich </p>
<p>Nächtliche Unruhe Umherirren oder Unruhephasen in der Nacht, Umkehr des Tag-Nacht-Rhythmus</p>	<p> <input type="checkbox"/> nie oder sehr selten <input type="checkbox"/> selten: 1– 3 × in zwei Wochen <input type="checkbox"/> häufig: ab 2 × pro Woche <input type="checkbox"/> täglich </p>
<p>Selbstschädigendes & autoaggressives Verhalten Bspw. Selbstverletzung, Essen oder Trinken ungenießbarer Substanzen</p>	<p> <input type="checkbox"/> nie oder sehr selten <input type="checkbox"/> selten: 1– 3 × in zwei Wochen <input type="checkbox"/> häufig: ab 2 × pro Woche <input type="checkbox"/> täglich </p>
<p>Beschädigen von Gegenständen Bspw. Schlagen, Treten oder Zerstören von Gegenständen</p>	<p> <input type="checkbox"/> nie oder sehr selten <input type="checkbox"/> selten: 1– 3 × in zwei Wochen <input type="checkbox"/> häufig: ab 2 × pro Woche <input type="checkbox"/> täglich </p>
<p>Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen Bspw. Versuch andere Personen mit Gegenständen zu verletzen, Kratzen, Beißen</p>	<p> <input type="checkbox"/> nie oder sehr selten <input type="checkbox"/> selten: 1– 3 × in zwei Wochen <input type="checkbox"/> häufig: ab 2 × pro Woche <input type="checkbox"/> täglich </p>
<p>Verbale Aggression Bspw. verbale Beschimpfungen, Bedrohungen</p>	<p> <input type="checkbox"/> nie oder sehr selten <input type="checkbox"/> selten: 1– 3 × in zwei Wochen <input type="checkbox"/> häufig: ab 2 × pro Woche <input type="checkbox"/> täglich </p>

Kriterien	Einschätzung der Verhaltensweisen & psychischen Problemlagen (bitte ankreuzen)	
Andere pflegerrelevante vokale Auffälligkeiten Bspw. lautes Rufen, Schimpfen, Schreien	<input type="checkbox"/> nie oder sehr selten <input type="checkbox"/> häufig: ab 2 × pro Woche	<input type="checkbox"/> selten: 1– 3 × in zwei Wochen <input type="checkbox"/> täglich
Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen Bspw. Verweigerung Nahrungsaufnahme, Abwehr von Hilfeleistung	<input type="checkbox"/> nie oder sehr selten <input type="checkbox"/> häufig: ab 2 × pro Woche	<input type="checkbox"/> selten: 1– 3 × in zwei Wochen <input type="checkbox"/> täglich
Wahnvorstellungen Bspw. Halluzinationen	<input type="checkbox"/> nie oder sehr selten <input type="checkbox"/> häufig: ab 2 × pro Woche	<input type="checkbox"/> selten: 1– 3 × in zwei Wochen <input type="checkbox"/> täglich
Ängste Bspw. Angstattacken, starke Ängste	<input type="checkbox"/> nie oder sehr selten <input type="checkbox"/> häufig: ab 2 × pro Woche	<input type="checkbox"/> selten: 1– 3 × in zwei Wochen <input type="checkbox"/> täglich
Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	<input type="checkbox"/> nie oder sehr selten <input type="checkbox"/> häufig: ab 2 × pro Woche	<input type="checkbox"/> selten: 1– 3 × in zwei Wochen <input type="checkbox"/> täglich
Sozial inadäquate Verhaltensweisen Bspw. unangemessene Annäherungsversuche	<input type="checkbox"/> nie oder sehr selten <input type="checkbox"/> häufig: ab 2 × pro Woche	<input type="checkbox"/> nie oder sehr selten <input type="checkbox"/> häufig: ab 2 × pro Woche
Sonstige pflegerrelevante inadäquate Handlungen Bspw. planlose Aktivität, Kotschmierer	<input type="checkbox"/> nie oder sehr selten <input type="checkbox"/> häufig: ab 2 × pro Woche	<input type="checkbox"/> nie oder sehr selten <input type="checkbox"/> häufig: ab 2 × pro Woche

In diesem Modul wird bewertet, ob eine Person körperbezogene Pflegemaßnahmen selbstständig durchführen kann. Dies umfasst insbesondere die Körperhygiene und Nahrungsaufnahme.

Bei Kindern im Alter von bis zu 18 Monaten werden die körperbezogenen Maßnahmen außer Acht gelassen. In erster Linie geht es um die Feststellung von Problemen bei der Nahrungsaufnahme.

Kriterien	Einschätzung der Selbstversorgung (bitte ankreuzen)
Waschen des vorderen Oberkörpers*	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig
Körperpflege im Bereich des Kopfes	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig
Waschen des Intimbereichs*	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig
Duschen & Baden einschl. Waschen der Haare** Beinhaltet auch Ein-/Aussteigen aus der Wanne od. nötige Überwachung	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig
An- & Auskleiden des Oberkörpers	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig
An- & Auskleiden des Oberkörpers	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig

Kriterien	Einschätzung der Selbstversorgung (bitte ankreuzen)
Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung & Eingießen von Getränken*	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig
Essen	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig
Trinken	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig
Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig
Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz & Umgang mit Dauerkatheter & Urostoma**	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig
Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz & Umgang mit Stoma**	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig
Ernährung parenteral oder über Sonde	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig

* Bei Kindern unter zwei Jahren ist eine Beurteilung nicht erforderlich.

** Bei Kindern unter dreieinhalb Jahren ist eine Beurteilung nicht erforderlich

In diesem Modul wird bewertet, inwiefern Sie Ihre Krankheiten bzw. verordneten Therapien selbstständig bewältigen können oder ob Sie dabei Unterstützung brauchen. Es fließen nur ärztlich angeordnete Maßnahmen in die Bewertung ein.

Kriterien	Einschätzung zum Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (bitte ankreuzen)
Medikation	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich
Injektionen	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich
Versorgung intravenöser Zugänge	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich
Absaugen und Sauerstoffzugabe	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich
Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich

Kriterien	Einschätzung zum Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (bitte ankreuzen)	
Körpernahe Hilfsmittel An- & Ablegen, Reinigung körpernahe Hilfsmittel wie Prothesen, Orthesen oder Lesehilfen	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> monatlich
Messung & Deutung von Körperzuständen	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> monatlich
Versorgung mit Stoma	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> monatlich
Regelmäßige Einmal-katheterisierung & Nutzung von Abfuhrmethoden	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> monatlich
Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> monatlich
Arztbesuche	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> monatlich

Kriterien	Einschätzung zum Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (bitte ankreuzen)
Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Stunden)	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich
Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (ab 3 Stunden)	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich
Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich
Einhaltung einer Diät & anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich

In Modul 6 wird geprüft, inwiefern die pflegebedürftige Person Aktivitäten des Alltagslebens nachgehen kann – inklusive der Pflege sozialer Kontakte. Es ist dabei nicht von Belang, ob die Einschränkungen aufgrund körperlicher oder geistiger Beeinträchtigungen auftreten.

Dieses Modul entfällt bei Kindern im Alter von bis zu 18 Monaten.

Kriterien	Einschätzung zur Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (bitte ankreuzen)
Gestaltung des Tagesablaufs & Anpassung an Veränderungen*	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig
Ruhen & Schlafen	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig
Sich beschäftigen	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig
Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen*	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig
Interaktionen mit Personen im direkten Kontakt	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig
Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig

* Bei Kindern unter zweieinhalb Jahren ist eine Beurteilung nicht erforderlich.