

Krankenhaus Neustadt-Mitte				
Name: Tarek Özlem		Geburtsdatum: 09.05.1935		
Gewohnheiten	Wünsche	Ressourcen	Hilfebedarf	Hilfeform
1. Kommunizieren			ist <input type="checkbox"/> schwerhörig <input type="checkbox"/> taub <input type="checkbox"/> stumm <input type="checkbox"/> blind <input type="checkbox"/> kann Hörgerät nicht handhaben <input type="checkbox"/> hat Sprachstörungen <input type="checkbox"/> hat Sichtfeldeinschränkungen	
Benötigen Sie eine Brille? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Benötigen Sie ein Hörgerät? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein				
Können Sie sich mitteilen und Ihre Wünsche äußern? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Orientierung:				
ist zeitlich <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein örtlich nur innerhalb der eigenen Wohnung orientiert <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein situativ <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein zur Person orientiert. <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				

7. Sich kleiden		<input type="checkbox"/> braucht Hilfe bei Kleiderauswahl <input type="checkbox"/> zieht sich wegen Desorientiertheit öfter aus <input type="checkbox"/> fehlende Einsicht für angemessene Kleidung <input checked="" type="checkbox"/> fehlende Einsicht für notwendigen Wäschewechsel <input type="checkbox"/> kann Verschlüsse nicht handhaben <input type="checkbox"/> kann Kleidung nicht über Kopf ausziehen <input type="checkbox"/> kann Kleidung nicht über die Füße anziehen	B / Tü
Welche Kleidung tragen Sie gerne?			
am Tag: Stoffhosen, leichte Pullover oder langärmelige Shirts			
in der Nacht: langärmeliger Schlafanzug			
Gewohnter Wäschewechsel: Unterwäsche täglich, Hosen und Pullover jeden zweiten Tag (wichtig: muss an Wechsel erinnert und ggf. unterstützt werden)			
8. Ruhen und Schlafen		hat <input checked="" type="checkbox"/> Einschlafstörungen <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen hat <input type="checkbox"/> psychische <input type="checkbox"/> krankheitsbedingte Schlafstörungen <input checked="" type="checkbox"/> hat gestörten Tag-/Nacht-Rhythmus	
Halten Sie einen Mittagsschlaf? <input type="checkbox"/> ja			
Nehmen Sie Medikamente zum Schlafen? <input type="checkbox"/> ja			
Weitere Gewohnheiten (Belüftung, Beleuchtung):			
9. Sich beschäftigen			
In welchem Beruf haben Sie gearbeitet? Lagerist			
Womit haben Sie sich gerne beschäftigt?			
Wie sah Ihr Tagesablauf aus?			
Wünschen Sie Hilfe bei der Gestaltung des Tagesablaufs?			

B = Beaufsichtigung

A = Anleitung

Tü = Teilübernahme