

## Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)

Bitte ausfüllen und an 05 7255-86099 faxen, oder per E-Mail an:  
[neuro@rehaklinik-salzburg.at](mailto:neuro@rehaklinik-salzburg.at) senden – Danke!  
 Zutreffendes bitte ankreuzen!

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_

**Diagnose:** \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

**Nächster Angehöriger/Name/Tel.** \_\_\_\_\_

**Ev. Sachwalter:** \_\_\_\_\_

| <b>Zutreffendes bitte ankreuzen!</b>   | <b>X</b> |
|--|----------|
| <b>1. Essen</b>  |          |
| Komplett selbständige Essenseinnahme vom Tablett od. Tisch   |          |
| Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen   |          |
| Keine selbständige Essenseinnahme/Essen muss eingegeben werden   |          |
| <u>Zusätzliches:</u>   |          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• PEG oder Magensonde vorhanden</li> <li>• Essen muss eingegeben werden</li> <li>• Pat. hat Diät? Welche _____</li> <li>• Pat. hat Schluckstörung?</li> <li>• Flüssigkeiten müssen eingedickt werden</li> <br/> <li>• Medikamente müssen vorbereitet werden</li> <li>• Selbständige Medikamentenvorbereitung</li> </ul> |          |
| <b>2. Aufsetzen und Umsetzen</b>   |          |
| Komplett selbständiger Transfer aus einer liegenden Position in einen Stuhl/Rollstuhl und zurück   |          |
| Aufsicht oder geringe Hilfe beim Aufsetzen/Umsetzen notwendig (ungeschulte Laienhilfe)   |          |
| Erhebliche Hilfe beim Aufsetzen/Umsetzen (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)  |          |
| Wird nicht aus dem Bett transferiert   |          |
| <u>Zusätzliches:</u>   |          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pat. muss gelagert werden</li> <br/> <li>• Besteht Sturzgefahr?</li> </ul>  |          |
| Wenn ja, welche Maßnahmen müssen getroffen werden?   |          |

|   |  |
|---|--|
| <b>3. Sich waschen</b>  |  |
| Selbständiges Waschen am Waschbecken (Hände, Gesicht, Zähneputzen, Rasieren, Frisieren, etc.)   |  |
| Waschen am Waschbecken unselbständig (Hände, Gesicht, Zähneputzen, Rasieren, Frisieren, etc.)   |  |
| <b>4. Toilettenbenutzung</b>  |  |
| Benutzung der Toilette komplett selbständig inkl. Spülung/Reinigung   |  |
| Benötigt bei der Toiletten-/Toilettenstuhlbenutzung oder Spülung/Reinigung Aufsicht oder Hilfe  |  |
| Pat. benutzt weder Toilette noch Toilettenstuhl   |  |
| <b>5. Baden / Duschen</b>   |  |
| Selbständiges Baden oder Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich waschen und abtrocknen   |  |
| Duschen im Sitzen mit Hilfe möglich   |  |
| Duschen im Sitzen ohne Hilfe  |  |
| <b>6. Aufstehen und Gehen</b>   |  |
| Pat. kommt ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe vom Sitzen in den Stand und geht selbständig min. 50 m ohne Gehwagen/Rollator (ggf. Stöcke/Gehstützen)                 |  |
| Pat. kommt ohne Aufsicht od. personelle Hilfe vom Sitz in den Stand und kann mind. 50 m mit Hilfe eines Gehwagens/Rollators gehen   |  |
| Pat. kann mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen; <u>Alternativ</u> : im Wohnbereich komplett selbständig mit Rollstuhl |  |
| Keine der oben genannten Kriterien trifft zu  |  |
| <b>7. Treppensteigen</b>  |  |
| Pat. steigt ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcke/Gehstützen) Treppen über mind. 1 Stockwerk hinauf und hinunter                                     |  |
| Pat. steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. 1 Stockwerk hinauf und hinunter  |  |
| Keine der oben genannten Kriterien trifft zu  |  |
| <b>8. An- und Auskleiden</b>  |  |
| Pat. zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel, z. B. ATS, Prothesen) an und aus  |  |
| Pat. kleidet mind. den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind  |  |
| An- und Auskleiden muss vom Pflegepersonal übernommen werden  |  |
| <b>9. Stuhlkontrolle</b>  |  |
| Pat. ist stuhlkontinent   |  |
| Pat. ist stuhlinkontinent   |  |
| Wie wird Pat. bei Stuhlinkontinenz versorgt?<br>_____   |  |
| <b>10. Harnkontinenz</b>  |  |
| Pat. ist harnkontinent  |  |
| Pat. ist harninkontinent  |  |
| Wie wird Pat. bei Harninkontinenz versorgt?<br>_____  |  |
| Ist ein Dauerkatheter eingesetzt?   |  |
| Wird das Urinalkondom eingesetzt?   |  |
| Tag/Nacht   |  |

| <b>11. Zusätzliches</b>   |  |
|---|--|
| <p><u>Psychischer Zustand:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohne Besonderheiten</li> <li>• Desorientiert                      Tag/Nacht</li> <li>• Apathisch</li> <li>• Unruhig</li> <li>• Teilorientiert</li> <li>• Depressiv</li> </ul> <p><u>Hautprobleme:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine</li> <li>• Dekubitus (Lokalisation, Behandlung ....)</li> <li>• Weiter Probleme:</li> </ul> <p style="text-align: center;">_____</p> <p><u>Vitalfunktionen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohne Besonderheiten</li> <li>• Kreislauf:                      stabil / instabil</li> </ul> <p><u>Atmung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohne Besonderheiten</li> <li>• Tracheostoma</li> </ul> |  |
| <b>12. Wie ist die Weiterversorgung nach der Reha geplant?</b>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zu Hause selbständig</li> <li>• Zu Hause mit 24 h Pflege</li> <li>• Alten-/Pflegeheim</li> <li>• Sonstiges: _____</li> </ul>   |  |

**Wichtige Anmerkungen:**