

Fragebogen zu den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)

Bitte **vollständig ausgefüllt** per Post, mittels Fax: 057255-86099 oder
 per email: neuro@rehaklinik-salzburg.at retournieren. Herzlichen Dank. Salzburg, 23.05.2024

Name und Telefonnummer	
Datum und Name der erhebenden Person	
Nächster Angehöriger Name und Telefonnummer	
Erwachsenenvertreter (wenn bestellt)	
Hausarzt	
Diagnose	

Größe: _____ **cm**

Gewicht: _____ **kg**

Zutreffendes bitte ankreuzen:

ESSEN

- Komplet selbstständige Essenseinnahme vom Tablett oder Tisch
- Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbstständige Einnahme (Schneidehilfe)
- Keine selbstständige Essenseinnahme, Essen muss eingegeben werden
- Patient hat Schluckstörung
- Flüssigkeiten müssen eingedickt werden
- Patient hat eine Diät, wenn ja welche: _____

Wunschkost/Unverträglichkeiten: _____

Magensonde vorhanden? PEG PEJ Nasogastrale Sonde
 Sonstige: _____

AUFSETZEN / UMSETZEN

- Komplet selbstständiger Transfer aus einer liegenden Position in einem Stuhl oder Rollstuhl und zurück
 - Aufsicht oder geringe Hilfe beim Aufsetzen und Umsetzen notwendig
 - Erhebliche Hilfe beim Aufsetzen und Umsetzen notwendig
 - Wird nicht aus dem Bett transferiert
- Patient muss umpositioniert werden, wenn ja wann: Tag Nacht
 Wecheldruckmatratze oder Dekubitusmatratze notwendig ja nein

Erstellt: Demel/Kemetinger Datum: 11.01.2022 Fragebogen zu den Aktivitäten des täglichen Lebens	Geprüft: Dr. Bartsch Datum: 12.01.2022	Freigegeben: Dr. Bartsch Datum: 12.01.2022
--	--	--

SICH WASCHEN (Hände, Gesicht, Zähneputzen, Rasieren, Frisieren etc.)

- Selbstständiges Waschen am Waschbecken
- Waschen am Waschbecken unselbstständig (evtl. Material vorbereiten)

TOILETTENBENUTZUNG

- Benutzung der Toilette komplett selbstständig inkl. Reinigung und Spülung
- Benötigt bei der Toilettenbenutzung, Reinigung oder Spülung Aufsicht oder Hilfe
- Benutzt weder Toilette noch Toilettenstuhl

HARNKONTROLLE

- Patient ist harnkontinent
- Patient ist harninkontinent
Wie wird die Harninkontinenz versorgt?
 - Einlagen Panties Einmalkatheter
 - Blasenverweilkatheter oder Zystofix, selbstständige Versorgung? ja nein
 - Urinalkondom, wann? Tag Nacht

STUHLKONTROLLE

- Patient ist stuhlkontinent
- Patient ist stuhlinkontinent
Braucht der Patient Unterstützung bei der Versorgung mit Inkontinenzmaterial?
 - ja nein
 - Wenn ja, mit welchem Inkontinenzmaterial?
 - Einlagen Panties
 - Ist ein Stoma vorhanden? ja nein
 - Wenn ja, selbstständige Versorgung? ja nein

BADEN UND DUSCHEN

- Selbstständiges Baden oder Duschen inkl. Ein- und Ausstieg, waschen und abtrocknen
Ein- und Ausstiegsunterstützung notwendig: ja nein
- Duschen mit Hilfe möglich
Duschhocker, Duschsessel oder Duschklapsessel erforderlich ja nein
- Duschen ohne Hilfe nicht möglich
- Patient muss zur Körperpflege erinnert werden

AUFSTEHEN UND GEHEN

- Patient kommt ohne Aufsicht und zusätzliche personelle Hilfe vom Sitzen in den Stand und geht selbstständig mind. 50 m ohne Gehwagen oder Rollator (ggf. Stöcke oder Gehstützen)
- Patient kommt ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand und kann mind. 50 m mit Hilfe eines Gehwagens oder Rollator gehen
- Patient kann mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen. Alternative: im Wohnbereich komplett selbstständig mit Rollstuhl Hilfsmittel sind vorhanden, wenn ja welche: _____
Privates Eigentum: ja nein
- Keine der oben genannten Kriterien treffen zu
Sturzgefahr ja nein

TREPPENSTEIGEN

- Patient steigt ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe (ggf. mit Gehstöcken oder Gehstützen) Treppen über mind. ein Stockwerk hinauf und hinter
- Patient steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter Handlauf erforderlich? ja nein
- Keine der oben genannten Kriterien trifft zu

AN- UND AUSKLEIDEN

- Patient zieht sich in angemessener Zeit selbstständig Tageskleidung und Schuhe an und aus (inkl. benötigte Hilfsmittel wie z. B. Orthesen, Schienen etc.)
- Patient kleidet sich mind. den Oberkörper in angemessener Zeit selbstständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind
- Ankleiden und Auskleiden muss vom Pflegepersonal übernommen werden

Patient trägt Antithrombosestrümpfe ja nein
 Wenn ja, selbstständiges an- und ausziehen ja nein

PSYCHISCHER ZUSTAND

- Depressiv
- Unruhig
- Teilorientiert zur Person zum Ort zur Zeit zur Situation
- Desorientiert tagsüber nachts
- Verlangsamt
- Kognitive Einschränkung
- Vergesslichkeit
- Demenz

HAUTPROBLEME

- Hautdefekte
- Dekubitus
- Sonstige:
Welche Maßnahmen sind gesetzt: _____

VITALFUNKTIONEN

- Ohne Besonderheiten
- Kreislaufprobleme
- Regelmäßige Kontrollen (Blutdruck, Puls, Blutzucker) erforderlich? ja nein
 Wenn ja, welche: _____
 Wie oft?
 Hilfe erforderlich: ja nein

ATMUNG

- Erhebliches Schnarchen
- Atemaussetzer/Schlafapnoesyndrom (OSAS)
- CPAP-Gerät
- Tracheostoma

MEDIKAMENTE

- Selbstständige Vorbereitung und Einnahme
- Vorbereitung durch Pflegepersonal und Einnahme selbstständig
- Vorbereitung und Verabreichung durch Pflegepersonal
- Medikamentenunverträglichkeit oder Medikamentenallergie
welche:

Rezeptgebührenbefreiung: ja nein

Wie ist die derzeitige Versorgung?

- Zuhause selbstständig
- Zuhause mit Haushaltshilfe
- Zuhause mit Hauskrankenpflege
- Pflege durch Angehörige
- Zuhause mit 24-Stunden-Pflege
- Seniorenwohnheim oder Pflegeheim
- Krankenhaus, wenn ja welches:

Wie ist die Weiterversorgung nach dem Rehabilitationsaufenthalt geplant?

- Zuhause selbstständig
- Zuhause mit Haushaltshilfe
- Zuhause mit Hauskrankenpflege
- Pflege durch Angehörige
- Zuhause mit 24-Stunden-Pflege
- Seniorenwohnheim oder Pflegeheim bereits angemeldet: ja nein
- Weiterversorgung noch nicht geplant

Wünsche Ihrerseits: