

## Fragebogen zu den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)

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

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

**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:**