|  |
| --- |
| **Spezifikation der Fähigkeiten und Bedürfnisse des Antragstellers**  als Beilage des Antrages über die Sozialunterkunftsleistung im Seniorenheim Kazdův Dvůr |

### Beilage 2 DES ANTRAGES FÜR DIE BEREITSTELLUNG VON SOZIALEN DIENSTEN:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nachname und Name** |  |
| **Geburtsdatum** |  |
| **Wohnsitz** |  |
|  |
| **Krankenkasse** |  |
| **Kranken**  **Versicherungsnummer** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **MOBILITÄT [[1]](#footnote-1)1** | 1.  völlig selbständig |
| 2.  völlig selbständig mit Hilfe des Gehstuhls |
| 3.  gehfähig mit teilweiser Hilfe anderer Person |
| 4.  gehfähig nur mit der Hilfe anderer Person und des Gehstuhls |
| 5.  gehfähig mit Hilfe zweier Personen |
| 6.  teilweise liegt im Bett |
| 7.  vollständig liegt im Bett |
| 1. **ESSEN UND TRINKEN 1** | 1.  völlig selbständig |
| 2.  Nahrung muss serviert werden, aber trinkt selbst |
| 3.  Nahrung muss serviert werden und Überwachung während der Nahrungsaufnahme nötig |
| 4.  Nahrung muss ins Zimmer gebracht werden und Überwachung während der Nahrungsaufnahme nötig – muss gefüttert werden |
| 5.  teilweise Ernährung |
| 6.  vollständige Ernährung |
| 7.  künstliche Ernährung |
| 1. **ZIMMERAUFRÄUMUNG [[2]](#footnote-2)** | 1.  völlig selbständig |
| 2.  zeitweilige Hilfe geeignet |
| 3.  zeitweilige Hilfe nötig |
| 4.  Aufräumung 1x pro Woche nötig |
| 5.  Aufräumung 2-3x pro Woche nötig |
| 6.  tägliche Aufräumung nötig |
| 7.  vollständige Aufräumung |
| 1. **AUSSCHEIDUNG 1** | 1.  völlig selbständig |
| 2.  zeitweilige Begleitung auf die Toilette oder Erinnerung |
| 3.  ständige Begleitung auf die Toilette |
| 4.  nötige Hilfe anderer Person (Schüssel, Stühle, Windeln) |
| 5.  gelegentliche Inkontinenz |
| 6.  Harninkontinenz |
| 7.  Harn und Stuhlinkontinenz |
| 1. **KÖRPERPFLEGE 1** | 1.  völlig selbständig |
| 2.  selbständig, teilweise zur Körperpflege auffordern |
| 3.  wöchentliche Hilfe beim Baden, Duschen |
| 4.  leichte Mithilfe bei der täglichen Körperpflege |
| 5.  braucht tägliche Anregung /Anleitung und Hilfe bei der Körperpflege |
| 6.  intensive Hilfe bei der Körperpflege, außer Gesicht und Hände |
| 7.  es ist notwendig, die Körperpflege zu übernehmen |
| 1. **ANZIEHEN UND** **AUSZIEHEN 1** | 1.  völlig selbständig |
| 2.  selbständig, aber es ist notwendig Anweisungen für die Wäschepflege zu erteilen |
| 3.  selbständig, aber es ist notwendig, die Pflege von Wäsche zu übernehmen |
| 4.  ab und zu ist es nötig, Weisungen zu den einzelnen Leistungen zu erteilen |
| 5.  dauernd nötige Weisungen für bis zu 3 Leistungen |
| 6.  dauernd nötige Weisungen für mehr als 3 Leistungen |
| 7.  nur mit Hilfe möglich |
| 1. **LAGERUNG 1** | 1.  völlig selbständig |
| 2.  Verwendung von entsprechenden Hilfsmitteln beim Hinlegen |
| 3.  gelegentliche persönliche Hilfe beim Hinlegen |
| 4.  gelegentliche persönliche Hilfe beim Hinlegen, Schlafen und in der Ruhe |
| 5.  Nötige Hilfe beim Hinlegen, Schlafen und in der Ruhe |
| 6.  Lagerwechsel beim Schlafen (in vorgeschriebenen Zeiten) |
| 7.  regelmäßige Lagerung |
| 1. **SPEZIELLE PFLEGE 1** | 1.  ist nicht notwendig |
| 2.  nach Unterweisung kann sich der Patient selbst behandeln |
| 3.  der Patient kann sich selbst behandeln, gelegentliche Kontrolle erforderlich |
| 4.  tägliche Kontrolle bei leichter Behandlung (Verbände, salben, …) |
| 5.  tägliche Hilfe bei leichter Behandlung (Verbände, salben, …) |
| 6.  komplexe Pflege |
| 7.  intensive Pflege |
| 1. **MEDIKAMENTENEINNAHME 1** | 1.  völlig selbständig |
| 2.  Besorgung der Medikamente, sonst selbständig |
| 3.  Besorgung, Vorbereitung der Medikamente |
| 4.  Besorgung, Vorbereitung, Verteilung und Lieferung der Medikamente |
| 5.  nötige Überwachung der Medikamenten Einnahme |
| 6.  erschwerte Medikamenteneinnahme |
| 7.  zeitaufwendige erschwerte Medikamenteneinnahme |
| 1. **ORIENTIERUNG[[3]](#footnote-3)** | 1.  Völlig orientiert |
| 2.  In einer fremden Umgebung teilweise desorientiert |
| 3.  dauernd leicht desorientiert |
| 4.  desorientiert in der Nacht |
| 5.  schwankt zwischen leichter und schwerer Desorientierung |
| 6.  dauernd schwer desorientiert |
| 7.  schwer desorientiert mit ungünstigen Auswirkungen auf die Umgebung |
| 1. **KOMMUNIKATIONS- UND SOZIALES VERHALTEN[[4]](#footnote-4)** | 1.  selbständige Tagesgestaltung, aktives Verhalten, keine Einschränkungen |
| 2.  selbständige Tagesgestaltung, kommuniziert nur wenn angesprochen |
| 3.  passiv, lässt sich jedoch zu Aktivitäten überzeugen |
| 4.  deutlicher Rückgang einer oder mehrerer Sinnesfunktionen |
| 5.  Ausfall mehrerer Sinnesfunktionen |
| 6.  verschlossen, will nicht an dem Heimalltag teilnehmen |
| 7.  Kommunikations-, Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeiten eingeschränkt |
| 1. **PSYCHISCHE SITUATION 1** | 1.  ausgeglichen |
| 2.  ausgeglichen nach Einnahme von Medikamenten |
| 3.  gemäβigte und kurzfristige Stimmungsschwankungen |
| 4.  langfristige und deutliche Veränderungen in der Stimmung |
| 5.  wiederkehrende deutliche Veränderungen im Verhalten, Sucht |
| 6.  psychische Erkrankung mit möglicher Gefahr von anderen - Aufsicht |
| 7.  ständige Aufsicht und tägliche intensive Pflege erforderlich |
| 1. **AUSGLEICHSBEIHILFEN IM BESITZ DES ANTRAGSTELLER** | Rollstuhl  Zahnersatz -  obere Prothese  -  untere Prothese  Rollator    Brille -  für Nahsicht  -  für Fernsicht  -  bifokal  Hörgerät -  linkes Ohr  -  rechtes Ohr  Gehstütze -  Gehstock  -  Gehgestell  -  Krücken |
| 1. **SONSTIGE AUSGLEICHBEIHILFEN DES ANTRAGSTELLERS (oben nicht angegeben)** |  |
|  |
|  |
| 1. **FREIZEITAKTIVITÄTEN UND PERSÖNLICHE AKTIVITÄTEN** |  |
|  |
|  |
|  |
| 1. **PERSÖNLICHE ZIELE** |  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vorname und Nachname der Person, die das Formular ausgefüllt hat** | **seine Beziehung zum Antragsteller** |
|  |  |
| **Am** | **Unterschrift** |
|  |  |

1. 1 Entsprechende Stufe bitte ankreuzen. [↑](#footnote-ref-1)
2. Entsprechende Stufe bitte ankreuzen. [↑](#footnote-ref-2)
3. Entsprechende Stufe bitte ankreuzen. [↑](#footnote-ref-3)
4. Entsprechende Stufe bitte ankreuzen. [↑](#footnote-ref-4)