

Pflegetagebuch

Datum:	Zeitaufwand in Minuten (bitte eintragen!)				Art der Hilfe (bitte ankreuzen!)		
	morgens	mit-tags	abends	nachts (22-6 Uhr)	Anleitung oder Beauf-sichtigung	Unter-stützung	teilweise oder volle Übernah-me erforderlich
<i>Körperpflege:</i>							
Waschen							
- ganzer Körper							
- Teilwäsche							
Duschen							
Baden							
Mund- und Zahnpflege							
Frisieren/Rasieren							
Wasserlassen							
Stuhlgang							
Intimpflege							
Windeln wechseln							
Urinbeutel wechseln/leeren							
Stomabeutel wechseln/leeren							
Kleidung richten							
<i>Mobilität:</i>							
Aufstehen/Zubettgehen							
Aufstehen (Rollstuhl)							
Ankleiden							
Entkleiden							
Umlagern							

Gehen/Bewegen im Haus							
Stehen							
Treppensteigen							
Aktivitäten außerhalb der Wohnung (z. B. Gang zum Arzt, zu Ämtern etc.)							
<i>Ernährung:</i>							
Nahrung mundgerecht zubereiten							
Nahrungsaufnahme Hauptmahlzeit							
Nahrungsaufnahme Zwischenmahlzeit							
<i>Haushaltsführung:</i>							
Einkaufen							
Kochen							
Wohnung reinigen							
Geschirrspülen							
Wäsche wechseln							
Wäsche waschen							
Bügeln							
Beheizen der Wohnung							
Summe Minuten							