

## 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>   <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>   <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? _____	
<b>10. Harnkontinenz</b>	
Pat. ist harnkontinent	
Pat. ist harninkontinent	
Wie wird Pat. bei Harninkontinenz versorgt? _____	
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><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:**