

# Pflegestützpunkt



Mühdorf a. Inn

Pflegeberatung  
und -koordination

## Pflegetagebuch und Selbsteinschätzungsbogen

zur Vorbereitung auf das  
Begutachtungsgespräch zur Feststellung  
von Pflegebedürftigkeit



## Pflegestützpunkt

### Landkreis Mühldorf a. Inn

Schillerstraße 33 (1.OG)

84453 Mühldorf a. Inn

Telefon: 08631 6991111

Fax: 08631 699151111

E-Mail: [pflegestuetzpunkt@lra-mue.de](mailto:pflegestuetzpunkt@lra-mue.de)

### Unsere Öffnungszeiten

Mo, Mi, Do 8:00–12:00 Uhr

Mo, Do 13:00–16:00 Uhr

Di Sprechstunden in den  
Bürgerbüros in Waldkraiburg,  
Neumarkt-Sankt Veit und  
Haag i. OB

### Außensprechstunden

Jeden 1. und 3. Dienstag im Monat  
Bürgerbüro Waldkraiburg, 8:30–12:00 Uhr  
Bürgerbüro Neumarkt-Sankt Veit,  
13:00–16:00 Uhr

Jeden 2. und 4. Dienstag im Monat  
Bürgerbüro Haag i. OB, 8:30–12:00 Uhr

Termine außerhalb der Öffnungszeiten  
sind nach Absprache möglich. Für ein  
Beratungsgespräch empfehlen wir Ihnen  
eine telefonische Terminvereinbarung.

Online-Beratung ist auch möglich!

Terminvereinbarung unter

[www.lra-mue.de/pflegestuetzpunkt](http://www.lra-mue.de/pflegestuetzpunkt) →



Die Beratung ist neutral, individuell, kostenlos  
und vertraulich. Der Pflegestützpunkt  
Mühldorf a. Inn befindet sich in Trägerschaft  
des Bezirkes Oberbayern, des Landkreises  
Mühldorf a. Inn und der gesetzlichen Kranken-  
und Pflegekassen. Der Pflegestützpunkt ist im  
§7c SGB XI gesetzlich verankert.



  
Landratsamt  
Mühldorf a. Inn  
Töginger Straße 18  
84453 Mühldorf a. Inn

## Vorwort

*Sehr geehrte Ratsuchende, sehr geehrter Ratsuchender,*

um Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, ist ein Pflegegrad notwendig. Dieser wird nach Antragstellung bei Ihrer Pflegekasse durch eine Gutachterin oder einen Gutachter des medizinischen Diensts in einem Begutachtungsgespräch festgestellt.

Das vorliegende Manuskript soll Ihnen helfen, sich auf die Begutachtung zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit vorzubereiten. Sie werden durch die sechs Module der Pflegegradbegutachtung geführt, erhalten hilfreiche Tipps zur Vorbereitung auf das Begutachtungsgespräch und können sich selbst bzw. Ihre Angehörigen bereits vor dem Begutachtungsgespräch den Einzelkriterien der sechs Module zuordnen.

Es geht dabei nicht darum, bereits vor dem Begutachtungsgespräch zu wissen, welcher Pflegegrad Ihnen bzw. Ihren Angehörigen zusteht. Das kann nur durch fachlich geschulte Gutachterinnen und Gutachter eingeschätzt werden. Vielmehr geht es darum, die Funktionsweise des Gutachtens kennenzulernen. Dadurch können Sie sich gezielt auf den Begutachtungstermin vorbereiten, wissen was Sie in dem Termin erwartet und können den Unterstützungsbedarf klar und realistisch wiedergeben.

*Wichtig: Es ist nicht immer die Diagnose, die einen Pflegegrad begründet. Bei der Begutachtung zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit steht vor allem der individuelle Hilfebedarf im Fokus.*

Gerne unterstützt Sie der Pflegestützpunkt bei der Vorbereitung auf die Pflegegradbegutachtung!

# Pflegetagebuch und Selbsteinschätzungsbogen Datum .....

## Pflegebedürftiger

Vorname / Name .....

Geboren am .....

## Pflegeperson

Vorname / Name .....

Straße / Hausnummer .....

Ort / PLZ .....

Telefon .....

An ..... Tagen in der Woche, insgesamt ..... Stunden unterstütze ich oben genannte pflegebedürftige Person in ihrem Alltag.

## Gesetzlicher Vertreter / Bevollmächtigter / Betreuer

Vorname / Name .....

Straße / Hausnummer .....

Ort / PLZ .....

**Tipp:** Legen Sie für die Begutachtung die Dokumente Vorsorgevollmacht/Betreuung bereit.

## Pflegekraft / Pflegedienst

Name .....

Straße / Hausnummer .....

Ort / PLZ .....

Folgende Tätigkeiten werden übernommen .....

**Tipp:** Legen Sie zum besseren Verständnis die Pflegedokumentation des Pflegedienstes bereit.

## Behandelnder Arzt / Therapeut

Name	Maßnahme / Fachrichtung	Häufigkeit	
		pro Woche	pro Monat
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**Tipp:** Legen Sie für die Begutachtung den Medikamentenplan und Therapieplan bereit.

## Wohnumfeld und Hilfsmittel / Wohnverhältnisse

- Zuhause  Senioren-/Pflegeheim
- andere Einrichtung .....

## Ich nutze folgende Hilfsmittel

- Rollator  Rollstuhl  Pflegebett mit Bettgalgen
- Toilettensitzerhöhung  Toilettensstuhl  Duschstuhl
- Badewannenlifter  Haltegriffe  Treppenlift
- Brille  Hörgerät
- Sonstiges .....

**Folgende Barrieren im Wohnumfeld schränken die Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person ein** (z. B. unüberwindbare Stufen, Dusche nicht barrierefrei usw.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Pflegebegründende Diagnosen

Welche Erkrankungen und Diagnosen machen einen Unterstützungsbedarf erforderlich?  
(körperlich, geistig, seelisch)

Priorität	Erkrankung/Diagnose	Beginn/ Verlauf	Beschwerden/Beeinträchtigungen im Alltag
1	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....

## Sonstige Erkrankungen / Diagnosen oder Notizen zur individuellen Pflegesituation

.....

.

## Für die Pflege erschwerende Aspekte

- Einsatz von Hilfsmitteln, die viel Zeit in Anspruch nehmen, wie z. B. Treppenlift
- Eingeschränkte Belastbarkeit der pflegebedürftigen Person
- Gewicht des Patienten (über 80 kg)
- Stark verkrampfte Muskulatur
- Unkontrollierte Bewegungen und Zuckungen
- Störungen bei der Atmung, des Schluckens oder bei Mundbewegungen
- Abwehrverhalten oder fehlende Koordination
- Stark eingeschränktes Hören oder Sehen
- Enorme Schmerzen der pflegebedürftigen Person
- Durch Räumlichkeiten beeinträchtigte Pflegemöglichkeiten
- Eingeschränkte Beweglichkeit
- Fehlstellungen von Gliedmaßen (Arme, Beine)
- Tätliche oder verbale Aggressivität
- Unkontrolliertes Umherwandern
- Niedergeschlagenheit
- Falsches situationsbedingtes Verhalten

## Inhalte der Module

Der Grad der Pflegebedürftigkeit wird durch den Gutachter in sechs verschiedenen Lebensbereichen geprüft. Die Module fließen mit einer unterschiedlich prozentualen Gewichtung in die Gesamtbewertung des Pflegegrades mit ein. Eine Besonderheit stellen die Module 2 und 3 (grün) dar. Hier fließen nicht beide Werte in die Gesamtbewertung ein, sondern das Modul mit der höheren Punktzahl.

### Begutachtung von Pflegebedürftigkeit

Sechs Lebensbereiche (»Module«) werden betrachtet und gewichtet



Quelle: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)

Auf den folgenden Seiten sind die Einzelkriterien der sechs Module genau erklärt. Mit den entsprechenden Erläuterungen (farbig hinterlegter Kasten), den Tipps sowie dem Tagesformprotokoll können Sie bereits vor der Begutachtung das Begutachtungsinstrument kennenlernen, vorbereiten und eine grobe Selbsteinschätzung in die Module vornehmen.

# Modul 1 | Mobilität

Im Modul 1 wird die Bewegungsfähigkeit eingeschätzt.  
Diese Einschätzung erfolgt in folgenden Abstufungen der Selbstständigkeit:

## Selbstständig

Eine Handlung kann in der Regel ohne Unterstützung einer anderen Person durchgeführt werden.

## Überwiegend selbstständig

Der größte Teil der Handlung kann selbstständig durchgeführt werden. Punktuelle Hilfe durch Zurechtlegen, Richten von Gegenständen, Aufforderung zu einer Tätigkeit, teilweise Beaufsichtigung, Anwesenheit aus Sicherheitsgründen bei Sturzgefahr ist erforderlich.

## Überwiegend unselbstständig

Eine Handlung kann nur zu einem geringen Anteil selbstständig durchgeführt werden. Es ist personelle Unterstützung durch z.B. ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung und Kontrolle oder eine Übernahme erheblicher Teile der Handlungsschritte notwendig.

## Unselbstständig

Eine Handlung kann in der Regel nicht selbstständig durchgeführt werden.  
Es ist eine komplette Übernahme der Handlung durch eine andere Person notwendig.

*Die Module 4 und 6 werden ebenfalls nach Selbstständigkeit bewertet.*

Verrichtung	Selbstständig	Überwiegend selbstständig	Überwiegend unselbstständig	Unselbstständig
Positionswechsel im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halten einer stabilen Sitzposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Tipp:** Ist die Selbstständigkeit bei den einzelnen Verrichtungen von der Tagesform abhängig?  
Dann nutzen Sie das Tagesformprotokoll auf → Seite 15 und legen es für die Begutachtung bereit.

Notizen

.....

.....

.....

.....



## Modul 2 | Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Die Einschätzung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten erfolgt im Modul 2 in folgenden Stufen:

### Vorhanden

Die Fähigkeit ist (nahezu) vollständig vorhanden.

### Größtenteils vorhanden

Die Fähigkeit ist in den meisten Situationen oder die meiste Zeit über vorhanden. Höhere oder komplexere Anforderungen zu bewältigen bereitet Schwierigkeiten.

### In geringem Maß vorhanden

Die Fähigkeit ist stark beeinträchtigt, aber erkennbar vorhanden. In vielen Situationen bestehen Schwierigkeiten bzw. können nur geringe Anforderungen bewältigt werden.

### Nicht vorhanden

Die Fähigkeit ist nicht oder nur in sehr geringem Maße bzw. sehr selten vorhanden.

Fähigkeit	Vorhanden	Größtenteils vorhanden	In geringen Maße vorhanden	Nicht vorhanden
Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erinnern an wesentliche Ereignisse/ Beobachtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen (z. B. der Prozess Zähneputzen mit allen Einzelschritten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstehen von Sachverhalten und Informationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkennen von Risiken und Gefahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstehen von Aufforderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beteiligen an einem Gespräch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Tip:** Wenn möglich, legen Sie Diagnosenachweise für die Begutachtung bereit.

**Tip:** Sind die einzelnen Fähigkeiten von der Tagesform abhängig? Dann nutzen Sie das Tagesformprotokoll auf → Seite 15 und legen es für die Begutachtung bereit.

## Modul 3 | Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Verhaltensweise	Personeller Unterstützungsbedarf			
	Nie oder selten	Selten: 1–3 x in zwei Wochen	Häufig: ab 2 x pro Woche	Täglich
Motorisch geprägte Verhaltens- auffälligkeiten; z. B. Ziellosig- keit und Desorientiertheit im Wohnbereich oder Rastlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschädigen von Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbale Aggression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten; z. B. grundloses rufen, schreien und klagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahnvorstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale inadäquate Verhaltens- weisen, sonstige pflegerele- vante inadäquate Handlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Tipp:** Wenn möglich, legen Sie Diagnosenachweise für die Begutachtung bereit.

**Tipp:** Ist die personelle Unterstützung der einzelnen Verhaltensweisen von der Tagesform abhängig? Dann nutzen Sie das Tagesformprotokoll auf → Seite 15 und legen es für die Begutachtung bereit.

Notizen

.....

.....

.....

## Modul 4 | Selbstversorgung

**Tipp:** Haben Sie Schwierigkeiten bei der Zuordnung in die Abstufungen der Selbständigkeit? Dann nutzen Sie die Erklärungen im farbig hinterlegten Kasten auf → Seite 8.

Verrichtung	Selbstständig	Überwiegend selbstständig	Überwiegend unselbstständig	Unselbstständig
Waschen des vorderen Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege im Bereich des Kopfes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen des Intimbereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden des Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden des Unterkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewältigen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Versorgung selbstständig</b>	<b>Mit Hilfe nicht täglich, nicht auf Dauer</b>	<b>Mit Hilfe täglich zusätzlich zu oraler Ernährung</b>	<b>Mit Hilfe ausschließlich oder nahezu ausschließlich</b>
Ernährung parenteral oder über Sonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Tipp:** Ist die Selbstständigkeit bei den einzelnen Verrichtungen von der Tagesform abhängig? Dann nutzen Sie das Tagesformprotokoll auf → Seite 15 und legen es für die Begutachtung bereit.

## Modul 5 | Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Ärztlich angeordnete Maßnahme	Selbstständig	Durchführung mit personeller Unterstützung		
		pro Tag Häufigkeit	pro Woche Häufigkeit	pro Monat Häufigkeit
Medikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Injektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absaugen und Sauerstoffgabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messung und Deutung von Körperzuständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körpernahe Hilfsmittel (z.B. Brille, Prothese)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbandswechsel und Wundversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung mit Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßige Einmal- katheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapiemethoden in häuslicher Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit- und technikintensive Maß- nahmen in häuslicher Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arztbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Ein- richtungen (bis zu 3 Stunden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder thera- peutischer Einrichtungen (länger als 3 Stunden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Tipp:** Legen Sie für die Begutachtung den Medikamentenplan und Therapieplan bereit.

**Tipp:** Ist die Selbstständigkeit bei den einzelnen angeordneten Maßnahmen von der Tagesform abhängig? Dann nutzen Sie das Tagesformprotokoll auf → Seite 15 und legen es für die Begutachtung bereit.

## Modul 6 | Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

**Tipp:** Haben Sie Schwierigkeiten bei der Zuordnung in die Abstufungen der Selbständigkeit? Dann nutzen Sie die Erklärungen im farbig hinterlegten Kasten auf → Seite 8.

Verrichtung	Selbstständig	Überwiegend selbstständig	Überwiegend unselbstständig	Unselbstständig
Gestaltung Tagesablauf und Anpassungen an Veränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhen und schlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich beschäftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt zu Personen <b>außerhalb</b> des direkten Umfelds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Tipp:** Ist die Selbständigkeit bei den einzelnen Verrichtungen von der Tagesform abhängig? Dann nutzen Sie das Tagesformprotokoll auf → Seite 15 und legen es für die Begutachtung bereit.

Notizen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



# Protokoll Tagesform

Name .....	Geburtsdatum .....
Pflegekasse .....	Versicherungsnummer .....

**Tagesformprotokoll zu folgendem Modulbereich und Einzelkriterium:**

Modul  1  2  3  4  5  6

Einzelkriterium *(z. B. Treppensteigen)* .....

Monat .....

Tag	Bewertung Tagesform		Kommentar
	😊	☹	
<i>Bsp.</i>	✓		<i>Treppe heute super hoch und runtergekommen</i>
<i>Bsp.</i>		✓	<i>Fast gestürzt, wenn mich mein Sohn nicht gehalten hätte</i>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			

Tag	Bewertung Tagesform		Kommentar
	😊	☹️	
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

Um weitere Einzelkriterien der Module zu protokollieren, können Sie hier dieses Formular als PDF herunterladen, ausdrucken und ausfüllen. →

Das PDF finden Sie auch auf unserer Homepage unter [www.lra-mue.de/pflegestuetzpunkt](http://www.lra-mue.de/pflegestuetzpunkt)

