

Name: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_ Blatt Nr.: \_\_\_\_

## Risikoerkennung Eingeschränkte Alltagskompetenz:

Relevante Diagnosen:  Art der Demenz \_\_\_\_\_  Depression  Suchterkrankung  Andere \_\_\_\_\_

Einschätzung durch Pflegefachkraft Datum \_\_\_\_\_ Hdz.: \_\_\_\_\_  Einschätzung durch MDK Datum: \_\_\_\_\_

### Teil 1: Auffälligkeiten

Wenn hier Auffälligkeiten in einem oder mehreren Bereichen vorhanden sind, weitere Einschätzung auf der Rückseite, Teil 2, durchführen.

Bitte ankreuzen, wenn Auffälligkeiten:

<input type="checkbox"/>	Orientierung
<input type="checkbox"/>	Antrieb/ Beschäftigung
<input type="checkbox"/>	Stimmung
<input type="checkbox"/>	Gedächtnis
<input type="checkbox"/>	Tag-/ Nachtrhythmus
<input type="checkbox"/>	Wahrnehmung und Denken
<input type="checkbox"/>	Kommunikation/ Sprache
<input type="checkbox"/>	Situatives Anpassen
<input type="checkbox"/>	Soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen

## Teil 2: Erhebliche Einschränkungen durch:

Eine **erheblich Einschränkung** liegt vor, wenn im mind. bei zwei Items ein "Ja" angegeben wird, davon mind. einmal bei aus einem der Bereiche 1 bis 9.

Eine **in erhöhtem Maße Einschränkung** liegt vor, wenn die für die erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz maßgeblichen Voraussetzungen erfüllt sind und zusätzlich bei mindestens einem weiteren Item aus einem der Bereiche 1, 2, 3, 4, 5, 9 oder 11 ein „Ja“ angegeben wird.

kreuz	Einschränkungen	Datum	Evaluation: bei Änderung neu erheben	Hdz
	1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereichs		<input type="checkbox"/> keine Änderung <input type="checkbox"/> Änderung	
	2. Verkennen oder Verursachen gefährdeter Situationen		<input type="checkbox"/> keine Änderung <input type="checkbox"/> Änderung	
	3. Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen		<input type="checkbox"/> keine Änderung <input type="checkbox"/> Änderung	
	4. Tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation		<input type="checkbox"/> keine Änderung <input type="checkbox"/> Änderung	
	5. Im situativen Kontext inadäquates Verhalten		<input type="checkbox"/> keine Änderung <input type="checkbox"/> Änderung	
	6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen & seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen		<input type="checkbox"/> keine Änderung <input type="checkbox"/> Änderung	
	7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung		<input type="checkbox"/> keine Änderung <input type="checkbox"/> Änderung	
	8. Störungen der höheren Hirnfunktionen		<input type="checkbox"/> keine Änderung <input type="checkbox"/> Änderung	
	9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus		<input type="checkbox"/> keine Änderung <input type="checkbox"/> Änderung	
	10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren		<input type="checkbox"/> keine Änderung <input type="checkbox"/> Änderung	
	11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen		<input type="checkbox"/> keine Änderung <input type="checkbox"/> Änderung	
	12. Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten		<input type="checkbox"/> keine Änderung <input type="checkbox"/> Änderung	
	13. Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression		<input type="checkbox"/> keine Änderung <input type="checkbox"/> Änderung	

Eine erhebliche Einschränkung:  liegt vor  liegt nicht vor  Maßnahmen werden in der Pflegeplanung beschrieben

Datum: \_\_\_\_\_ Hdz.: \_\_\_\_\_