

# Tagesprotokoll

Datum: \_\_\_\_\_ | Tagesform:  Gut  Mittel  Schlecht (Wichtig!)

## Bereich 1: KÖRPER & MOBILITÄT (Module 1 & 4)

Wie viel Hilfe war nötig? (Bitte ehrlich ankreuzen!)

Tätigkeit	Anleitung / Aufforderung	Beaufsichtigung (Sicherheit)	Teil-Übernahme (Helfen)	Voll-Übernahme (Machen)	Nachts nötig?
Aufstehen/ Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen/ Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/ Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen(kleinschneiden/ eingeben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken(erinnern/ halten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang/ Hygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laufen in der Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. PSYCHE, VERHALTEN & ALLTAG (Module 2, 3 & 6)

Gab es heute Probleme oder benötigte Hilfe?

Beobachtung / Hilfsbedarf	Nein	Ja, selten	Ja, häufig	Nachts?
Orientierungslosigkeit (Vergisst Zeit/Ort/Personen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressives / Abwehrendes Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste / Panik / Wahnvorstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressive Stimmung / Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe bei Tagesstruktur nötig? (Modul 6: Planen, wann essen/schlafen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe bei Beschäftigung nötig? (Modul 6: Sitzt nur rum ohne Ansprache)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Bereich 3: Krankheit & Therapie

Was haben Sie heute medizinisch erledigt?

- Medikamente richten / verabreichen
- Kompressionsstrümpfe anziehen / ausziehen
- Blutzucker messen / Spritzen
- Arztbesuche / Therapiebegleitung (Dauer: \_\_\_\_\_ Min.)

**Besondere Vorkommnisse / Notizen:**

(z.B. Sturz, Einnässen, besonderer Stressfaktor heute) \_\_\_\_\_

