

Assessment zur pflegefachlichen Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist.

Name: _____, Geb.: _____, Anlage Nr. _____

1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz)
 Ja Nein
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen
 Ja Nein
3. Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen
 Ja Nein
4. Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation
 Ja Nein
5. Im situativen Kontext inadäquates Verhalten
 Ja Nein
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen
 Ja Nein
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung
 Ja Nein
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben
 Ja Nein
9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus
 Ja Nein
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren
 Ja Nein
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen
 Ja Nein
12. Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten
 Ja Nein
13. Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression
 Ja Nein

Datum _____, Unterschrift der Pflegefachkraft: _____