

Durchführungsnachweis für Personenbetreuerinnen (Formular 3)

Name Klient Jahr Monat Blatt.....

Name Personenbetreuerin

	Haushaltsnahe Tätigkeiten	Dat/Handz.	Dat/Handz.	Dat/Handz.	Dat/Handz.	Dat/Handz.	Dat/Handz.	Dat/Handz.
<input type="checkbox"/>	Zubereitung von Mahlzeiten							
<input type="checkbox"/>	Besorgungen							
<input type="checkbox"/>	Reinigungstätigkeiten							
<input type="checkbox"/>	Durchführung von Hausarbeiten							
<input type="checkbox"/>	Durchführung von Botengängen							
<input type="checkbox"/>	Sorgetragung für Beheizung, Lüften							
<input type="checkbox"/>	Betreuung von Pflanzen, Tieren							
<input type="checkbox"/>	Wäscheversorgung							
	Unterstützung bei der Lebensführung							
<input type="checkbox"/>	Gestaltung des Tagesablaufs							
<input type="checkbox"/>	Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen							
	Solange keine medizin. Gründe vorliegen:							
<input type="checkbox"/>	Unterstützung beim Essen und Trinken							
<input type="checkbox"/>	Unterstützung bei der Körperpflege							
<input type="checkbox"/>	Unterstützung bei WC-Benützung, Wechsel von Inkontinenzeinlagen							
<input type="checkbox"/>	Unterstützung beim An- und Ausziehen							
<input type="checkbox"/>	Hilfestellung beim Aufstehen, Niederlegen, Niedersetzen, Gehen							

Gesellschafterfunktion	Dat/Handz.	Dat/Handz.	Dat/Handz.	Dat/Handz.	Dat/Handz.	Dat/Handz.	Dat/Handz.	Dat/Handz.
<input type="checkbox"/> Gesellschaft leisten								
<input type="checkbox"/> Gespräche führen								
<input type="checkbox"/> Aufrechterhaltung gesellschaftlicher Kontakte (Familie, Freunde, etc.)								
<input type="checkbox"/> Begleitung bei div. Aktivitäten zuhause und außer Haus								
Nach pflegerischer Anordnung								
<input type="checkbox"/> Unterstützung beim Essen und Trinken								
<input type="checkbox"/> Unterstützung bei der Körperpflege								
<input type="checkbox"/> Unterstützung bei WC-Benützung, Wechsel von Inkontinenzeinlagen								
<input type="checkbox"/> Unterstützung beim An- und Ausziehen								
<input type="checkbox"/> Hilfe beim Aufstehen, Niederlegen, Niedersetzen, Gehen								
Nach ärztlicher Anordnung								
<input type="checkbox"/> Verabreichung von Medikamenten (zB Hilfe bei der Einnahme von Tabletten)								
<input type="checkbox"/> Anlegen und Wechseln von Bandagen und Verbänden								
<input type="checkbox"/> Verabreichung von s.c. Insulininjektionen und blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln								
<input type="checkbox"/> Blutzuckerbestimmung mittels Teststreifen durch Blutentnahme aus der Fingerkuppe								
<input type="checkbox"/> Einfache Wärme- und Lichtanwendungen								
<input type="checkbox"/> Meldung von Veränderungen an Zuständige								