

## Indikationsliste für den Einzug in ein Pflegeheim

Name: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

### Selbständigkeitsindex nach Jones

#### Legende

- 0: vollkommen selbständig (erledigt die Aktivität zu 100% selbst)
- 1: großteils selbständig (braucht Erinnerung bzw. etwas Hilfe)
- 2: geringfügig selbständig (ist zu 50% auf fremde Hilfe angewiesen)
- 3: großteils unselbständig (zu mehr als 50% auf fremde Hilfe angewiesen)
- 4: vollkommen unselbständig (Aktivität muss zu 100% übernommen werden)

Aktivität	0	1	2	3	4
<b>Trinken (und essen)</b> (Vorbereitung, Zerkleinern, Einnahme von Nahrung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kleiden</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Waschen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Harnausscheidung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stuhlausscheidung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mobilität</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kommunizieren</b> (sich mitteilen und verstehen können – hören, sehen, sprechen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sich beschäftigen</b> (arbeiten, sich mit etwas befassen können, sinnvolle Tätigkeiten übernehmen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Für (eigene) Sicherheit sorgen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Betreuungsindex:

<b>Orientierung</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
sich in den eigenen Räumen und der Umgebung zurechtfinden (wieder nach Hause finden)					
Zeiten richtig erfassen (Jahreszahl, Jahreszeit, Tag/Nacht, etc.)					
in Situationen angemessen agieren und Fragen zur eigenen aktuellen Lebenssituation richtig beantworten können					
Fragen zur eigenen Person richtig beantworten können					

<b>Soziale Kompetenz:</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Hält regelmäßige soziale Kontakte					
alltägliche Dinge erledigen (Haushalt, einkaufen gehen, etc.)					
Medikamente einnehmen					
für soziale und körperliche Bedürfnisse sorgen					
Umgang mit psychischen Gesundheitsstörungen					

### Fremdgefährdung

- 0.  keine
- 1.  verbale Drohungen
- 2.  körperliche Drohungen
- 3.  aggressives Verhalten
- 4.  verbale und körperliche Gewalt

### Familiäre Betreuungsmöglichkeiten

- 0.  ausreichend gesichert
- 1.  mit externer Hilfe gesichert
- 2.  mittelfristig gesichert
- 3.  kurzfristig gesichert
- 4.  nicht vorhanden

**Betreuung mobile Dienste**

- 0.  nicht erforderlich
- 1.  unterstützend tätig
- 2.  übernimmt Pflege
- 3.  übernimmt intensive Pflege
- 4.  nicht möglich

Betreuung durch:

(Träger und Sozialstation)

**Prognose der Schwere der Pflegebedürftigkeit**

- 0.  vorübergehend
- 1.  kurzfristig
- 2.  längerfristig
- 3.  keine Verbesserung
- 4.  Verschlechterung wird erwartet

Gesamtpunkteanzahl:

**Anmerkungen:** (Warum ist eine Betreuung zu Hause nicht möglich? Verhalten /Betreuung in der Nacht? etc.)

**Für eventuelle Rückfragen:**

**Die Indikationsliste wurde ausgefüllt von:**

- Antragsteller
- Angehöriger
- Krankenhaus
- Soziale Dienste

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_