

Name des Patienten: _____

Datum: _____

Durchgeführt von: _____

Barthel-Index> **Beurteilen Sie die Fähigkeiten des Patienten innerhalb der letzten ein bis zwei Tage:**

	Punkte
Essen	
Unabhängig, isst selbstständig, benutzt Geschirr und Besteck	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Braucht etwas Hilfe, z. B. beim Fleisch- oder Brotschneiden	<input type="checkbox"/> 5
Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0
Bett-(Roll-)Stuhl-Transfer	
Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit	<input checked="" type="checkbox"/> 15
Geringe Hilfe oder Beaufsichtigung erforderlich	<input type="checkbox"/> 10
Erhebliche Hilfe beim Transfer, Lagewechsel Liegen-Sitz selbstständig	<input type="checkbox"/> 5
Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0
Waschen	
Unabhängig beim Waschen von Gesicht und Händen, Kämmen und Zähneputzen	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Nicht selbstständig bei o. g. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0
Toilettenbenutzung	
Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (inkl. Reinigung)	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Benötigt Hilfe, z. B. wegen unzureichenden Gleichgewichtes oder bei der Kleidung, Reinigung	<input type="checkbox"/> 5
Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0
Baden	
Unabhängig bei Voll- oder Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Nicht selbstständig bei o. g. Tätigkeit	<input type="checkbox"/> 0
Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren	
Unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen	<input checked="" type="checkbox"/> 15
Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmitteln 50 m gehen	<input type="checkbox"/> 10
Nicht selbstständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbstständig bedienen, auch um Ecken und an einen Tisch heranfahren, Strecken mindestens 50 m	<input type="checkbox"/> 5
Nicht selbstständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	<input type="checkbox"/> 0
Treppensteigen	
Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	<input type="checkbox"/> 5
Nicht selbstständig, kann auch mit Hilfe nicht Treppen steigen	<input type="checkbox"/> 0
An- und Auskleiden	
Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett oder Bruchband)	<input type="checkbox"/> 10
Benötigt Hilfe, kann aber 50 % der Tätigkeit selbstständig durchführen	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0
Stuhlkontrolle	
Ständig kontinent	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Gelegentlich inkontinent, maximal 1 x pro Woche	<input type="checkbox"/> 5
Häufiger/ständig inkontinent	<input type="checkbox"/> 0
Urinkontrolle	
Ständig kontinent	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Gelegentlich inkontinent, maximal 1 x pro Tag	<input type="checkbox"/> 5
Häufiger/ständig inkontinent	<input checked="" type="checkbox"/> 0

Gesamtpunktzahl:

20

Timed Up & Go-Test

Beurteilen Sie die Mobilität des Patienten nach der benötigten Zeit:

Zeit in Sekunden

Völlig uneingeschränkte Alltagsmobilität

☒ < 10 Sek.

Mobilitätseinschränkung, noch keine Beeinträchtigung der Alltagskompetenz

☐ 11-19 Sek.

Mobilität soweit eingeschränkt, dass funktionelle Auswirkungen im Alltag wahrscheinlich sind

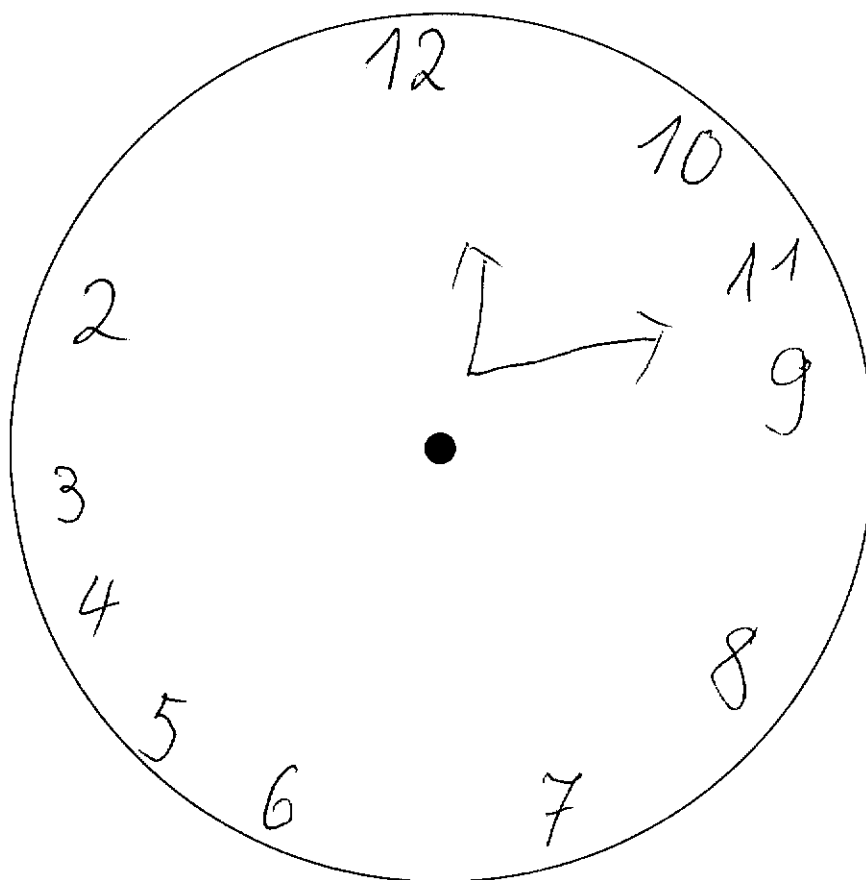
☐ 20-29 Sek.

Ausgeprägte Mobilitätseinschränkung, die in der Regel zu einer intensiven Betreuung und adäquaten Unterstützung führt

☐ > 30 Sek.

> Zur Vorlage beim Uhrentest bitte hier nach hinten knicken.

Uhrentest



Score:

0