

Mobilitätseinschätzung

Datum:					Risikofaktoren unverändert	
	Datum				Hdz.	
⇒ Immobilität	<input type="checkbox"/> vollständig / <input type="checkbox"/> teilw.	<input type="checkbox"/> vollständig / <input type="checkbox"/> teilw.	<input type="checkbox"/> vollständig / <input type="checkbox"/> teilw.	<input type="checkbox"/> vollständig / <input type="checkbox"/> teilw.		
⇒ selbst. Lagewechsel in Liegeposition	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> m. Hilfe	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> m. Hilfe	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> m. Hilfe	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> m. Hilfe		
⇒ selbst. Halten aufrechter Sitzposition	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> 10 Sek.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> 10 Sek.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> 10 Sek.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> 10 Sek.		
⇒ Transfer Bett/Stuhl/Sessel/Toilette	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> m. Hilfe	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> m. Hilfe	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> m. Hilfe	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> m. Hilfe		
⇒ selbst. Stehen	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> 10 Sek.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> 10 Sek.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> 10 Sek.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> 10 Sek.		
⇒ selbst. Fortbewegen (Wohnräume)	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> m. Hilfe	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> m. Hilfe	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> m. Hilfe	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> m. Hilfe		
<input type="checkbox"/> Wegstrecke einmalig ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> >5m <input type="checkbox"/> >10m <input type="checkbox"/> >25m	<input type="checkbox"/> >5m <input type="checkbox"/> >10m <input type="checkbox"/> >25m	<input type="checkbox"/> >5m <input type="checkbox"/> >10m <input type="checkbox"/> >25m	<input type="checkbox"/> >5m <input type="checkbox"/> >10m <input type="checkbox"/> >25m		
<input type="checkbox"/> Wegstrecke einmalig mit Hilfe	<input type="checkbox"/> >5m <input type="checkbox"/> >10m <input type="checkbox"/> >25m	<input type="checkbox"/> >5m <input type="checkbox"/> >10m <input type="checkbox"/> >25m	<input type="checkbox"/> >5m <input type="checkbox"/> >10m <input type="checkbox"/> >25m	<input type="checkbox"/> >5m <input type="checkbox"/> >10m <input type="checkbox"/> >25m		
<input type="checkbox"/> Wegstrecke pro Tag	<input type="checkbox"/> >5m <input type="checkbox"/> >50m <input type="checkbox"/> >150m	<input type="checkbox"/> >5m <input type="checkbox"/> >50m <input type="checkbox"/> >150m	<input type="checkbox"/> >5m <input type="checkbox"/> >50m <input type="checkbox"/> >150m	<input type="checkbox"/> >5m <input type="checkbox"/> >50m <input type="checkbox"/> >150m		
⇒ nutzt Gehhilfe / Rollator	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> teilw.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> teilw.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> teilw.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> teilw.		
⇒ nutzt Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> teilw.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> teilw.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> teilw.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> teilw.		
⇒ selbst. Treppensteigen	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> m. Hilfe	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> m. Hilfe	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> m. Hilfe	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> m. Hilfe		
⇒ ist motiviert sich zu bewegen	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> teilw.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> teilw.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> teilw.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> teilw.		
⇒ kognitive /psych. Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> teilw.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> teilw.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> teilw.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> teilw.		
<input type="checkbox"/> Sitzintervall in Minuten	<input type="checkbox"/> >5 <input type="checkbox"/> >15 <input type="checkbox"/> >30 <input type="checkbox"/> >60	<input type="checkbox"/> >5 <input type="checkbox"/> >15 <input type="checkbox"/> >30 <input type="checkbox"/> >60	<input type="checkbox"/> >5 <input type="checkbox"/> >15 <input type="checkbox"/> >30 <input type="checkbox"/> >60	<input type="checkbox"/> >5 <input type="checkbox"/> >15 <input type="checkbox"/> >30 <input type="checkbox"/> >60		
<input type="checkbox"/> Sitzt an der Bettkante	mal pro Tag	mal pro Tag	mal pro Tag	mal pro Tag		
<input type="checkbox"/> Seitenlage alle	Stunden	Stunden	Stunden	Stunden		
<input type="checkbox"/> Mobilisation	mal pro Tag	mal pro Tag	mal pro Tag	mal pro Tag		
<input type="checkbox"/> läuft zur Toilette	mal pro Tag	mal pro Tag	mal pro Tag	mal pro Tag		
<input type="checkbox"/> nutzt Toilettenstuhl	mal pro Tag	mal pro Tag	mal pro Tag	mal pro Tag		
Beratungsbedarf	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
Handzeichen:						