



Überall für alle

SPITEX
Würenlos

Name: _____ Vorname: _____

Folgende Hilfeleistungen werden in Anspruch genommen:

sich waschen und kleiden		<input type="checkbox"/> selbständig
<input type="checkbox"/> Ganzwäsche Tag: _____	<input type="checkbox"/> im Bett	<input type="checkbox"/> am Lavabo
<input type="checkbox"/> Beine Tag: _____	<input type="checkbox"/> im Bett	<input type="checkbox"/> am Lavabo
<input type="checkbox"/> Intim Tag: _____	<input type="checkbox"/> im Bett	<input type="checkbox"/> am Lavabo
<input type="checkbox"/> Gesäss Tag: _____	<input type="checkbox"/> im Bett	<input type="checkbox"/> am Lavabo
<input type="checkbox"/> Rücken Tag: _____	<input type="checkbox"/> im Bett	<input type="checkbox"/> am Lavabo
<input type="checkbox"/> Oberkörper Tag: _____	<input type="checkbox"/> im Bett	<input type="checkbox"/> am Lavabo
<input type="checkbox"/> Dusche Tag: _____	<input type="checkbox"/> Duschbrett	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Bad Tag: _____	<input type="checkbox"/> Badelift	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Hautpflege	<input type="checkbox"/> Rasur	<input type="checkbox"/> Haare waschen
<input type="checkbox"/> Prothese	<input type="checkbox"/> Nagelpflege	<input type="checkbox"/> an- /ausziehen
<input type="checkbox"/> Mundpflege	<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> Dekubitusprophylaxe	<input type="checkbox"/> _____	

Ausscheidung		
<input type="checkbox"/> inkontinent	<input type="checkbox"/> Urin	<input type="checkbox"/> Stuhl
<input type="checkbox"/> Inkontinenz Mat.	<input type="checkbox"/> Tag: _____	<input type="checkbox"/> Nacht: _____
<input type="checkbox"/> Hilfssysteme _____		
<input type="checkbox"/> DK	<input type="checkbox"/> DK-Sackwechsel: _____	
<input type="checkbox"/> Cystofix	<input type="checkbox"/> VW Intervall: _____	
<input type="checkbox"/> Stoma _____	<input type="checkbox"/> VW Intervall: _____	

Behandlungspflege		
<input type="checkbox"/> BZ _____	<input type="checkbox"/> VW (Wunddoku)	<input type="checkbox"/> Medi richten
<input type="checkbox"/> BD _____	<input type="checkbox"/> Injektionen	<input type="checkbox"/> Medi verabreichen

Atmung	
<input type="checkbox"/> Inhalation	<input type="checkbox"/> problemlos / unauffällig
<input type="checkbox"/> Sauerstoff	<input type="checkbox"/> Pneumonie - Prophylaxe



sich bewegen

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> Krücken | <input type="checkbox"/> Böckli |
| <input type="checkbox"/> Stock | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/> Mobilisation _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> Rutschbrett | <input type="checkbox"/> Pflegebett |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsübungen | <input type="checkbox"/> Oberkörper | <input type="checkbox"/> Beine |
| <input type="checkbox"/> Beine einbinden _____ | <input type="checkbox"/> Stützstrümpfe | |
| <input type="checkbox"/> Lagerung _____ | <input type="checkbox"/> Physio | |
| <input type="checkbox"/> _____ | | |

Essen und Trinken

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> Essen wärmen in Mikrowelle durch Pflege |
| <input type="checkbox"/> PEG Sonde | <input type="checkbox"/> Magensonde |
| <input type="checkbox"/> Diät _____ | <input type="checkbox"/> Mahlzeitendienst |
| <input type="checkbox"/> Kochen HH | <input type="checkbox"/> _____ |

Integrierter Bestandteil der «Leistungsvereinbarung A Pflege» bilden die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der SPITEX WÜRENLOS»

Datum: _____

Unterschrift Kunde: _____

Datum: _____

Unterschrift gesetzl. VertreterIn: _____

Datum: _____

Unterschrift SPITEX Würenlos: _____