

## Daten zum Betroffenen und zur Pflegesituation

Name des Pflegebedürftigen:

Name der Hauptpflegeperson:

Pflegetagebuch begonnen am:

Pflegetagebuch beendet am:

Anmerkung:

Die unten genannten Punkte wurden/werden täglich beobachtet, auch an den konkreten selektierten Tagen. Aus diesem Grund wurden die Ausführungen in der Spalte „Anmerkungen“ zusammenfassend dargestellt.

## Modul 1: Mobilität

### 1.1 Positionswechsel im Bett

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

### 1.2 Halten einer stabilen Sitzposition

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

### 1.3 Umsetzen

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs**

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**1.5 Treppensteigen**

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

## Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

### 2.1 Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld

Datum:		Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

### 2.2 Örtliche Orientierung

Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

### 2.3 Zeitliche Orientierung

Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**2.4 Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen**

Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**2.5 Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen**

Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**2.6 Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben**

Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**2.7 Verstehen von Sachverhalten und Informationen**

Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**2.8 Erkennen von Risiken und Gefahren**

Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**2.9 Mitteilen von elementaren Bedürfnissen**

Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**2.10 Verstehen von Aufforderungen**

Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**2.11 Beteiligen an einem Gespräch**

Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Vorhandensein:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

## Modul 3: Verhaltensweisen & psychische Problemlagen

### 3.1 Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten

Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

### 3.2 Nächtliche Unruhe

Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

### 3.3 Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten

Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		



**3.4 Beschädigen von Gegenständen**

Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**3.5 Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen**

Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**3.6 Verbale Aggression**

Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**3.7 Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten**

Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**3.8 Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen**

Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**3.9 Wahnvorstellungen**

Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**3.10 Ängste**

Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**3.11 Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage**

Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**3.12 Sozial inadäquate Verhaltensweisen**

Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**3.13 Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen**

Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Unterstützung:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

## Modul 4: Selbstversorgung

### 4.1 Waschen des vorderen Oberkörpers

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

### 4.2 Körperpflege im Bereich des Kopfes

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

### 4.3 Waschen des Intimbereichs

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**4.4 Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare**

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**4.5 An- und Auskleiden des Oberkörpers**

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**4.6 An- und Auskleiden des Unterkörpers**

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**4.7 Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken**

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**4.8 Essen**

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**4.9 Trinken**

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**4.10 Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls**

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**4.11 Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma**

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**4.12 Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma**

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		



**4.13 Versorgung mit Hilfe – Ernährung parenteral oder über Sonde**

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

## Modul 5: Bewältigung von & selbstständiger Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen

### 5.1 Medikation

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

### 5.2 Injektionen

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

### 5.3 Versorgung intravenöser Zugänge (Port)

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**5.4 Absaugen von Sauerstoffgabe**

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**5.5 Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen**

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**5.6 Messung und Deutung von Körperzuständen**

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**5.7 Körpernahe Hilfsmittel**

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**5.8 Verbandwechsel und Wundversorgung**

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**5.9 Versorgung mit Stoma**

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**5.10 Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden**

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**5.11 Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung**

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**5.12 Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung**

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**5.13 Arztbesuche**

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**5.14 Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Stunden)**

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**5.15 Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizin. oder therapeut. Einrichtungen (länger als 3 Stunden)**

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**5.16 Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften**

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

## Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

### 6.1 Gestaltung des Alltagslebens und Anpassung an Veränderungen

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

### 6.2 Ruhen und Schlafen

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

### 6.3 Sich beschäftigen

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		



**6.4 Vorhaben von in die Zukunft gerichteten Planungen**

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**6.5 Interaktion mit Personen im direkten Kontakt**

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		

**6.6 Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes**

Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Selbstständigkeit:	<input type="text"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>		