

Probleme in der Kommunikation:

Sprache:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> mäßige	<input type="checkbox"/> massive Probleme
Hörvermögen:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> mäßige	<input type="checkbox"/> massive Probleme
Sehkraft:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> mäßige	<input type="checkbox"/> massive Probleme
Hilfsmittel:			
Hörgerät:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Brille:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Orientierung:

Zeitlich:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> massive Probleme
Örtlich:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> massive Probleme
Persönlich:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> massive Probleme

Bewegung:

<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> überwiegend im Rollstuhl	<input type="checkbox"/> bettlägerig
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel:			

Treppensteigen:

<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel:		

Transfer Bett / Rollstuhl:

<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> hilft mit	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/> bettlägerig / kein Transfer
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel:			
<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Lift	<input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze	<input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator

Baden / Duschen:

<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> braucht Hilfe	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel:		

Körperpflege:

	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	komplette Unterstützung
Gesicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege / Zahnprothese:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß / Beine:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen / waschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>