

Klinik für Neurologie und neurologische Frührehabilitation

Station Eiche 1

Oeninger Weg 59, 29614 Soltau

Am Pflgeherapietag möchte ich Folgendes erlernen:

| | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 01 Körperpflege / Hilfe zur Selbsthilfe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 Lagerung im Bett / Rollstuhl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 Umgang mit Harn- / Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 Transfer Bett / Rollstuhl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05 Toilettentransfer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06 Umgang mit Sondenkost / Versorgung einer PEG | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07 Essbegleitung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 08 Umgang mit Schluck- und Sprachstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 09 Gehtraining / Treppen-, Autotransfer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 Umgang mit Veränderungen des Denkens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 Umgang mit Veränderungen des Verhaltens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 Anleitung zur Eigenübung für das häusl. Umfeld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte geben Sie das Anmeldeformular im Schwesternzimmer ab und vereinbaren dort einen Termin für Ihren Pflgeherapietag!

Vereinbarter Termin:

.....
Ihr Name

.....
Name des Patienten