

Steuntakenlijst

Naam:

Geboortedatum:

| Week: | Ja | Nee | Aanvulling |
|--|-----------|------------|-------------------|
| Heeft u 's avonds hulp nodig bij het innemen van medicijnen? | | | |
| Heeft u 's avonds hulp nodig bij het bereiden van uw avondmaaltijd? | | | |
| Heeft u 's avonds hulp nodig bij het verplaatsen naar het toilet? | | | |
| Heeft u 's avonds hulp nodig bij het gaan zitten op het toilet en er weer af komen? | | | |
| Heeft u 's avonds hulp nodig bij het verplaatsen naar de slaapkamer? | | | |
| Heeft u 's avonds hulp nodig bij het aantrekken van uw nachtkleding? | | | |
| Heeft u 's avonds hulp nodig bij het in/uit bed gaan? | | | |
| Heeft u 's avonds hulp nodig bij het gaan liggen in een comfortabele slaaphouding? | | | |
| Heeft u 's avonds hulp nodig bij het wisselen van houding in bed ? | | | |
| | | | |
| Heeft u 's nachts hulp nodig bij het in/uit bed gaan? | | | |
| Heeft u 's nachts hulp nodig bij het gaan liggen in een comfortabele slaaphouding? | | | |
| Heeft u 's nachts hulp nodig bij het wisselen van houding in bed ? | | | |

Apart bevragen, in verband met privacy

| Week: | Ja | Nee | Aanvulling |
|---|-----------|------------|-------------------|
| Heeft u 's avonds hulp nodig bij het in orde maken van de kleding tijdens het toiletbezoek? | | | |
| Heeft u 's avonds hulp nodig bij de hygiëne tijdens het toiletbezoek? | | | |
| Heeft u 's avonds hulp nodig bij het inleggen van incontinentiemateriaal? | | | |
| Heeft u 's nachts hulp nodig bij het inleggen van incontinentiemateriaal? | | | |

Vervolgafspraken:

| Profielen van planbare steuntaken 's avonds en 's nachts | | |
|--|----------------------------|------------------|
| | <i>Geplande hulp nodig</i> | |
| Profiel | <i>'s Avonds</i> | <i>'s Nachts</i> |
| 0 | geen | geen |
| 1 | 1 keer | geen |
| 2 | 2 keer | geen |
| 3 | geen | 1 keer |
| 4 | geen | 2 keer |
| 5 | 1 keer | 1 keer |
| 6 | 1 keer | 2 keer |
| 7 | 2 keer | 1 keer |
| 8 | 2 keer | 2 keer |