



# Barthel-Index (Pflege- und Sozialberatung)

Patientenetikett

<b>1. Essen und trinken</b>	Unabhängig, isst und trinkt selbstständig, benutzt Geschirr und Besteck 10	<input type="checkbox"/>
	Braucht etwas Hilfe, z. B. Fleisch oder Brot schneiden 5	<input type="checkbox"/>
	Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird 0	<input type="checkbox"/>
<b>2. Treppensteigen</b>	Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen), 10	<input type="checkbox"/>
	Gebrauch von Geländer und Gehhilfe möglich Benötigt Hilfe oder Aufsicht	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig bei o.g. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0
<b>3. Bett- (Rollstuhl-) Transfer</b>	Selbstständig ohne fremde Hilfe 15	<input type="checkbox"/>
	Geringe Hilfen oder Beaufsichtigung notwendig 10	<input type="checkbox"/>
	Mit erheblicher Unterstützung, Rumpfstabilität vorhanden 5	<input type="checkbox"/>
	Nicht möglich 0	<input type="checkbox"/>
<b>4. An-/ Ausziehen</b>	Selbstständig beim An- und Ausziehen, Hilfsmittel werden selbstständig angelegt 10	<input type="checkbox"/>
	Benötigt Hilfe, kann aber 50 % der Tätigkeit selbst 5	<input type="checkbox"/>
	Nicht selbstständig 0	<input type="checkbox"/>
<b>5. Gesichtsreinigung/ Mundpflege</b>	Unabhängig beim Waschen von Gesicht und Händen, Kämmen und Zähneputzen 5	<input type="checkbox"/>
	Nicht selbstständig bei o.g. Tätigkeiten 0	<input type="checkbox"/>
<b>6. Duschen</b>	Unabhängig bei Duschbad in <u>allen</u> Phasen der Tätigkeit 5	<input type="checkbox"/>
	Nicht selbstständig möglich 0	<input type="checkbox"/>
<b>7. Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren</b>	Unabhängig beim Gehen (mind. 50 m), Hilfsmittel erlaubt, aber nicht hoher Gehwagen 15	<input type="checkbox"/>
	Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel mind. 50 m weit gehen 10	<input type="checkbox"/>
	Nicht selbstständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbstständig bedienen, auch um Ecken und an einen Tisch heranfahren, mind. 50 m 5	<input type="checkbox"/>
<b>8. Toilettenbenutzung</b>	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (incl. Reinigung) 10	<input type="checkbox"/>
	Teilselbstständig, aber Hilfsperson notwendig 5	<input type="checkbox"/>
	Nicht selbstständig 0	<input type="checkbox"/>
<b>9. Harnkontrolle</b>	Ständig kontinent, evtl. Gebrauch von Windeln, Vorlagen bzw. Versorgung eines Katheters selbstständig 10	<input type="checkbox"/>
	Inkontinent max. einmal pro Tag bzw. Hilfe bei Versorgung des Katheters 5	<input type="checkbox"/>
	Häufiger/ständig inkontinent, Gebrauch von Windeln, Vorlagen bzw. Versorgung eines Katheters 0	<input type="checkbox"/>
	<u>nicht</u> selbstständig	
<b>10. Stuhlkontrolle</b>	Ständig kontinent, eventuelle Stomaversorgung selbstständig 10	<input type="checkbox"/>
	Inkontinent maximal einmal pro Tag 5	<input type="checkbox"/>
	Häufiger/ständig inkontinent 0	<input type="checkbox"/>

Gesamtpunktzahl Barthel-Index:

**Kognitive und soziale Aspekte:**

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>11. Verstehen</b>           | Anweisungen werden verstanden                |
| <b>12. Kommunikation</b>       | Kann sich ausreichend verständlich machen    |
| <b>13. Orientierung</b>        | Kann sich ausreichend (räumlich) orientieren |
| <b>14. Soziale Interaktion</b> | Kann ausreichend Kontakt aufbauen            |

Ja	teilw.	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Besonderheiten in der Pflege und Führung des Patienten:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tracheostoma                                      | <input type="checkbox"/> Beatmung         |
| <input type="checkbox"/> PEG   | <input type="checkbox"/> Schluckstörungen |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Stomaversorgung                          | <input type="checkbox"/> Port-Anlage      |
| <input type="checkbox"/> Verhaltensstörungen (z. B. Weglauftendenz): ..... |   |

**Bemerkungen:** .....

**Keime**     ja    nein

Welche: .....

.....  
Datum und Unterschrift