

## Eigenbeurteilung Alltag/ Aktivitäten/ Teilhabe

Name: ..... Geburtsdatum: ..... Datum:.....

Bitte kreuzen Sie an, was am ehesten auf Sie zutrifft:

<b>Selbstversorgung</b> (Essen, Trinken, Ankleiden und Auskleiden, Waschen, Baden, Duschen, Toilettenbenutzung)	<input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> Einschränkungen	<input type="checkbox"/> Personelle Hilfe nötig	<input type="checkbox"/> nicht durchführbar	<input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich
<b>Mobilität</b> (z.B. stehen, gehen, ins und aus dem Bett steigen, Treppen auf- und absteigen, aus einem Stuhl aufstehen)	<input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> Einschränkungen	<input type="checkbox"/> Personelle Hilfe nötig	<input type="checkbox"/> nicht durchführbar	<input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich
<b>Häusliches Leben</b> (z.B. einkaufen, Mahlzeiten vor-/zubereiten, Hausarbeiten verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> Einschränkungen	<input type="checkbox"/> Personelle Hilfe nötig	<input type="checkbox"/> nicht durchführbar	<input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich
<b>Interpersonelle Aktivitäten</b> (z.B. Beziehungen zu anderen aufbauen und aufrechterhalten)	<input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> Einschränkungen	<input type="checkbox"/> Personelle Hilfe nötig	<input type="checkbox"/> nicht durchführbar	<input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich

<b>Kommunikation</b> (z.B. Konversationen betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> Einschränkungen	<input type="checkbox"/> Personelle Hilfe nötig	<input type="checkbox"/> nicht durchführbar	<input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich
<b>Lernen und Wissensanwendung</b> (z.B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> Einschränkungen	<input type="checkbox"/> Personelle Hilfe nötig	<input type="checkbox"/> nicht durchführbar	<input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich
<b>Allg. Aufgaben &amp; Anforderungen</b> (z.B. tägliche Routinen einhalten und ausführen, mit Belastungen, Krisen, Stress umgehen können)	<input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> Einschränkungen	<input type="checkbox"/> Personelle Hilfe nötig	<input type="checkbox"/> nicht durchführbar	<input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich
<b>Funktion des Schlafens</b> (z.B. gestörte Funktion bzgl. Schlafdauer, Schlafbeginn, Aufrechterhaltung des Schlafens, Schlafqualität)	<input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> Einschränkungen	<input type="checkbox"/> Personelle Hilfe nötig	<input type="checkbox"/> nicht durchführbar	<input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich
<b>Bedeutende Lernbereiche</b> (z.B. Erziehung/ Bildung, Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliche Leben)	<input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> Einschränkungen	<input type="checkbox"/> Personelle Hilfe nötig	<input type="checkbox"/> nicht durchführbar	<input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich
<b>Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben</b>	<input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> Einschränkungen	<input type="checkbox"/> Personelle Hilfe nötig	<input type="checkbox"/> nicht durchführbar	<input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich

<b>Umgang mit Geld</b>	<input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> Einschränkungen	<input type="checkbox"/> Personelle Hilfe nötig	<input type="checkbox"/> nicht durchführbar	<input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich
<b>Umgang mit Behördenangelegenheiten</b>	<input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> Einschränkungen	<input type="checkbox"/> Personelle Hilfe nötig	<input type="checkbox"/> nicht durchführbar	<input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich

Welche Ziele haben Sie im Alltag?

.....

.....

.....

.....

Welche Ziele haben Sie psychisch und körperlich?

.....

.....

.....

.....