

Name:

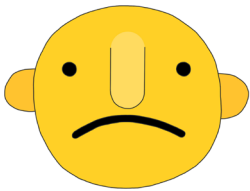
Wer dieses Formular ausgefüllt hat:

Datum:

Guter Tag



Schlechter Tag



Wer mir hilft
zu entscheiden



Familie und
Freunde



Was mir
Geborgenheit gibt



Was mir hilft zu
kommunizieren



Unterstützung
bei Formularen



Kranken-haus



Zuhause



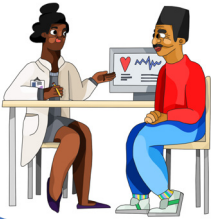
Mein Zimmer



Pflegeheim
oder Hospiz



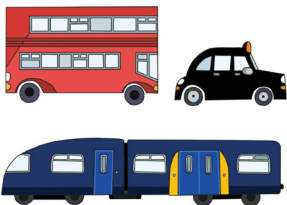
Arzt-besuch



Pflege zu Hause



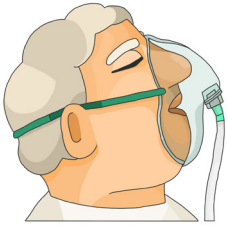
Transport-hilfe



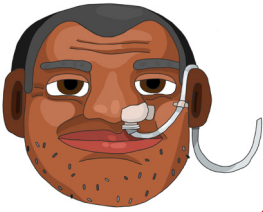
Einnahme von
Medikamenten



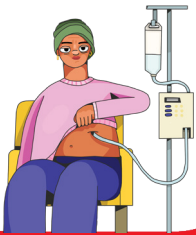
Atem-maske



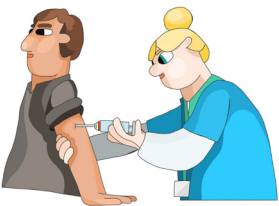
**Künstliche
Ernährung**



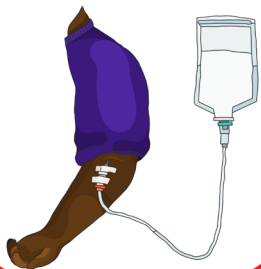
**Ernährt werden
durch eine Sonde**



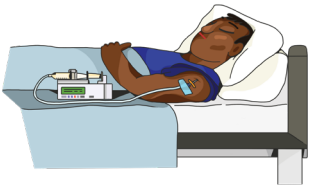
Spritzen



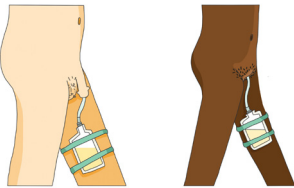
Infusion



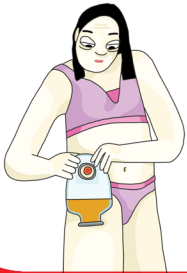
Spritzen-pumpe



Urin-katheter



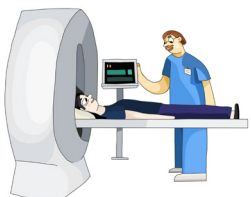
Stoma



**Untersuchungen
und Behandlungen**



**Untersuchungen
und Behandlungen**



Operation



Wieder-belebung



**Unterstützung
beim Gehen**



**Unterstützung
beim Duschen**



**Unterstützung
beim Essen**



Bett-lägerig



**Körper-pflege
im Bett**



**Was ich tun möchte,
solange ich noch kann**



**Abschied
nehmen**



