



## Trainingsprotokoll

### DESKK-Hausaufgabenprogramm

Datum	Bereich	Zeit	Verhalten meines Angehörigen				Anmerkungen
			hoch motiviert	gering motiviert	körperlich überfordert	geistig überfordert	
Tag u. Monat	oben/unten	Trainingszeit in Minuten pro Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei auffälligem Verhalten Ihres Angehörigen, beschreiben Sie es hier bitte etwas genauer. Was gibt es über das Training oder einzelne Übungen ggf. noch zu berichten? Welche aktivierenden Pflegemaßnahmen haben Sie durchgeführt?
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Datum	Bereich	Zeit	Verhalten meines Angehörigen				Anmerkungen
			hoch motiviert	gering motiviert	körperlich überfordert	geistig überfordert	
Tag u. Monat	oben/unten	Trainingszeit in Minuten pro Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei auffälligem Verhalten Ihres Angehörigen, beschreiben Sie es hier bitte etwas genauer. Was gibt es über das Training oder einzelne Übungen ggf. noch zu berichten? Welche aktivierenden Pflegemaßnahmen haben Sie durchgeführt?
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Datum	Bereich	Zeit	Verhalten meines Angehörigen				Anmerkungen
			hoch motiviert	gering motiviert	körperlich überfordert	geistig überfordert	
Tag u. Monat	oben/unten	Trainingszeit in Minuten pro Bereich					Bei auffälligem Verhalten Ihres Angehörigen, beschreiben Sie es hier bitte etwas genauer. Was gibt es über das Training oder einzelne Übungen ggf. noch zu berichten? Welche aktivierenden Pflegemaßnahmen haben Sie durchgeführt?
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Datum	Bereich	Zeit	Verhalten meines Angehörigen				Anmerkungen
			hoch motiviert	gering motiviert	körperlich überfordert	geistig überfordert	
Tag u. Monat	oben/unten	Trainingszeit in Minuten pro Bereich					Bei auffälligem Verhalten Ihres Angehörigen, beschreiben Sie es hier bitte etwas genauer. Was gibt es über das Training oder einzelne Übungen ggf. noch zu berichten? Welche aktivierenden Pflegemaßnahmen haben Sie durchgeführt?
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Datum	Bereich	Zeit	Verhalten meines Angehörigen				Anmerkungen
			hoch motiviert	gering motiviert	körperlich überfordert	geistig überfordert	
Tag u. Monat	oben/unten	Trainingszeit in Minuten pro Bereich					Bei auffälligem Verhalten Ihres Angehörigen, beschreiben Sie es hier bitte etwas genauer. Was gibt es über das Training oder einzelne Übungen ggf. noch zu berichten? Welche aktivierenden Pflegemaßnahmen haben Sie durchgeführt?
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Datum	Bereich	Zeit	Verhalten meines Angehörigen				Anmerkungen
			hoch motiviert	gering motiviert	körperlich überfordert	geistig überfordert	
Tag u. Monat	oben/unten	Trainingszeit in Minuten pro Bereich					Bei auffälligem Verhalten Ihres Angehörigen, beschreiben Sie es hier bitte etwas genauer. Was gibt es über das Training oder einzelne Übungen ggf. noch zu berichten? Welche aktivierenden Pflegemaßnahmen haben Sie durchgeführt?
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Datum	Bereich	Zeit	Verhalten meines Angehörigen				Anmerkungen
			hoch motiviert	gering motiviert	körperlich überfordert	geistig überfordert	
Tag u. Monat	oben/unten	Trainingszeit in Minuten pro Bereich					Bei auffälligem Verhalten Ihres Angehörigen, beschreiben Sie es hier bitte etwas genauer. Was gibt es über das Training oder einzelne Übungen ggf. noch zu berichten? Welche aktivierenden Pflegemaßnahmen haben Sie durchgeführt?
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oberkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unterkörper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	