

# **Musterpflege- dokumentation**

Fassung: Juli 2002

# Erläuterungen zur Handhabung der Musterpflegedokumentation

## allgemeine Erläuterung

- durchgängiges DIN A4-Format
- Aufbewahrung in Standard-Ordnersystemen möglich
- die farbliche Gestaltung der einzelnen Formulare ermöglicht eine einfache Handhabung und bietet Übersichtlichkeit
- alle Formblätter sind im unteren Bereich namentlich gekennzeichnet, so dass, unabhängig von der farblichen Gestaltung, eine schnelle Identifikation möglich ist
- jedes Formblatt besitzt auf der Rückseite einen speziellen BenutzerInnenhinweis
- auf jedem Blatt ist der Name des Patienten / der Patientin und des Pflegedienstes anzugeben; Seitennummerierungen sind ebenfalls anzugeben
- die zeitliche Zuordnung geschieht über Angabe von Monat und Jahr

## **persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## spezielle Erläuterung

### Stammblatt

*Erfassung der persönlichen und versicherungstechnischen- bzw. verwaltungstechnischen Daten des Patienten / der Patientin am Aufnahmetag.*

Die vorliegende Zusammenstellung erfolgte aus unterschiedlichsten Dokumentationssystemen, so daß eine möglichst breit gefaßte Informationsgrundlage entstehen konnte. Das gewählte DIN A4 Format ist übersichtlich und benutzerInnenfreundlich gestaltet.

#### **persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

.....

.....

### Biografieblatt

*Wichtige Aspekte der Lebensgeschichte des Patienten / der Patientin die prägenden Einfluss hatten, sind hier zusammenfassend festzuhalten. Dies hat eine besondere Bedeutung bei dementen Patienten, denn es tauchen häufig bedeutsame Lebenssituationen aus dem Altgedächtnis auf und beeinflussen Wahrnehmungen und Handlungen. Jeder Mensch hat eine eigene Lebensgeschichte und persönliche Identität; folgerichtig gehören zum Erfassen der Persönlichkeit Kenntnisse der Lebenserfahrung und Lebenserinnerung eines Menschen.*

Unsere Entscheidung für ein separates Blatt unterstreicht die Wichtigkeit der Biografieerhebung.

#### **persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

.....

.....

## Pflegeanamnese

*Einmalige Erfassung aller pflegerelevanten Daten unter Berücksichtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) in Zusammenarbeit mit dem Patienten / der Patientin. Während der Erarbeitung der Pflegeanamnese werden mit dem Patienten / der Patientin und ggf. den Angehörigen Pflegeziele vereinbart. Diese festgelegten Pflegeziele dienen zur Überprüfung der Wirksamkeit der durchgeführten Pflegemaßnahmen. Vereinbarte Pflegeziele im Erstgespräch können als Grundlage für einen zu erstellenden Kostenvoranschlag herangezogen werden. Die Pflegeanamnese stellt zusammenfassend die Aufnahmesituation dar. Innerhalb des Pflegeprozesses ist die Pflegeanamnese gleichbedeutend mit der Informationssammlung und dient damit als Grundlage für die Pflegeplanung.*

Wir orientieren uns an den ATL, weil diese in der pflegerischen Ausbildung vermittelt und zum Teil vom MdK bei der Pflegegutachtenerstellung benutzt werden. Die Pflegeanamnese ist umfangreich, um jeden Einzelaspekt angemessen zu würdigen, aber einfach in der Handhabung, weil sehr viele Informationen durch das Ankreuzverfahren ermittelt werden können.

### **persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

.....

.....

## Pflegeplanung

*Auf Grundlage der Pflegeanamnese werden in Zusammenarbeit mit dem Patienten und / oder dessen Bezugspersonen Pflegeprobleme und Ressourcen formuliert und entsprechende Zielsetzungen vereinbart. Unter Berücksichtigung der situationsbezogenen Daten und der formulierten pflegerischen Zielsetzungen werden die notwendigen pflegerischen Maßnahmen mit allen an der Pflege beteiligten Personen schriftlich geplant. Dabei ist zu beachten, dass die Maßnahmenplanung Angaben zu Häufigkeit (wie oft?), Zeitpunkt (wann?), Zeitraum (wie lang?), erforderlichen Hilfsmitteln und personeller Zuständigkeit (wer?) macht. Die festgeschriebenen Maßnahmen gelten für alle an der Pflege beteiligten Personen verbindlich.*

### **Definition:**

Ein Pflegeproblem ist eine Beeinträchtigung des Patienten in irgendeinem Lebensbereich, die seine Unabhängigkeit einschränkt und ihn belastet.  
Kann der Patient dieses Defizit nicht selbst kompensieren braucht er Pflege.

Die formulierten Pflegeziele müssen realistisch, erreichbar und überprüfbar sein; das Nahziel muß immer auf ein Fernziel ausgerichtet sein.

Die Pflegemaßnahme muß erkennbar formuliert sein, d. h. es muß erkennbar sein wer, was, wann, wie oft und in welcher Weise ausführt. Die in der Pflegeplanung festgeschriebenen Pflegemaßnahmen sind als pflegerische Anordnung zu betrachten und sollten immer mit einem Pflegestandard hinterlegt sein.

**persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## **Pflegeplanungskontrollblatt**

*Die Pflegeplanung muß der Entwicklung des Pflegeprozesses entsprechend kontinuierlich aktualisiert werden.*

Dieses Kontrollblatt ermöglicht in übersichtlicher Form die regelmäßige Überprüfung der Pflegeplanung und der damit verbundenen Zielerreichung.

**persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

## **Pflegevisite**

*Die Pflegevisite sollte regelmäßig von der verantwortlichen Pflegefachkraft bei dem Patienten / der Patientin durchgeführt werden. Eine Pflegevisite dient als Instrument der internen Qualitätssicherung und ermöglicht daneben die Wertschätzung der pflegerischen Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen.*

**persönliche Notizen:**

.....

.....

## Bewegungsblatt

*Hier soll jegliche Art von Bewegung dokumentiert werden, z. Bsp.: Hilfe bei der Mobilität im Bett, am Bett, im Raum, aktive / passive Bewegungsübungen, Lagerungen. In der Spalte „Besonderheiten“ ist der Einsatz von Hilfsmitteln (wie zum Beispiel Kissen, Keile, etc.) zu vermerken.*

**Beachte:** ***Bei Einsatz einer Antidekubitusmatratze wird niemals der regelmäßige Lagerungswechsel überflüssig.***

Es wurden keine Bewegungsarten vorgegeben, um einerseits den individuellen Bedarf des Patienten / der Patientin nicht einzuschränken und andererseits dem PD in der Durchführung von Bewegungsformen genügend Freiraum zu lassen.

### **persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

.....

.....

## ärztlich angeordnete medizinische Therapie

*Alle Anordnungen bzgl. der medizinischen Therapie sind schriftlich vorzunehmen und von der anordnenden Person (Arzt / Ärztin) abzuzeichnen. Bei telefonisch angeordneten Maßnahmen zeichnet die entgegennehmende Pflegefachkraft die Anordnung ab. Zur Absicherung des Pflegepersonals sollte eine Faxbestätigung von der anordnenden Ärztin / dem anordnenden Arzt eingeholt werden oder baldmöglichst deren / dessen Unterschrift auf dem Formblatt erfolgen.*

Bezüglich der ärztlichen Anordnung haben wir uns aus Gründen der Übersichtlichkeit für zwei getrennte Blätter entschieden. Für ärztlich angeordnete behandlungspflegerische Maßnahmen, wie zum Beispiel die Wundversorgung steht dadurch mehr Platz zur Verfügung.

### **persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

.....

## ärztlich angeordnete Medikation

*Alle Anordnungen bzgl. der medizinischen Therapie sind schriftlich vorzunehmen und von der anordnenden Person (Arzt / Ärztin) abzuzeichnen. Bei telefonisch angeordneter Medikation zeichnet die entgegennehmende Pflegefachkraft die Anordnung ab. Zur Absicherung des Pflegepersonals sollte eine Faxbestätigung von der anordnenden Ärztin / dem anordnenden Arzt eingeholt werden oder baldmöglichst deren / dessen Unterschrift auf dem Formblatt erfolgen.*

### **persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

.....

## Braden-Skala zur Dekubitus-Risiko-Erfassung

Die Braden-Skala stellt eine Möglichkeit zur Erfassung des Dekubitus-Risikos dar. Wir haben uns für diese Variante entschieden, da sie im Rahmen des Fragebogens für Sanitätshäuser bei unserer Hilfsmittelabteilung Verwendung findet.

### **persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Wunderhebung und Wundverlaufsblatt

Bei vorliegender Wunde ist hierauf die Lokalisation, die Wundphase, bei Dekubitus auch das Stadium, festzuhalten. Die Wunde und deren Wundverhältnisse sind zu beschreiben. Behandlungspflegerische Maßnahmen und deren Häufigkeit, wie ärztlich verordnet, sind schriftlich festzuhalten.

Das regelmäßige Führen des Wundverlaufsblattes ermöglicht eine übersichtliche und zeitsparende Verlaufskontrolle.

**Beachte:** *Pro Wunde ist ein Wundheberbogen und das dazugehörige Wundverlaufsblatt zu benutzen.*

**persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Durchführungskontrolle – Pflege

*Hier werden alle durchgeführten pflegerischen Leistungen (Grundpflege und Behandlungspflege) mit Signatur der durchführenden Pflegefachkraft / Pflegekraft /abgezeichnet. Durch das tägliche Abzeichnen aller erbrachten Pflegeleistungen mit Handzeichen wird nachvollziehbar dokumentiert wer welche Leistung wann erbracht hat. Zur genaueren Differenzierung der Pflegezeit sind Beginn und Ende der Gesamtpflegezeit anzugeben. Die darin ggf. enthaltene Behandlungspflegezeit ist gesondert in Minuten einzutragen.*

Das vorliegende Formular ermöglicht einen flexiblen Einsatz. Die durchzuführenden Leistungen müssen hier nur einmal eingetragen werden. So können zum ersten mal ohne großen Mehraufwand die grundpflegerischen Leistungen nach SGB XI differenziert dargestellt werden. Die Zuordnung erfolgt durch das Abzeichnen der ausführenden Pflegekraft in der entsprechenden Datumsspalte. Bei sehr vielen Einzelleistungen pro Tag kann für jeden Einsatz (morgens, mittags, abends) ein separates Blatt benutzt werden.

**persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## Durchführungskontrolle – hauswirtschaftliche Versorgung

*Hier werden alle durchgeführten hauswirtschaftlichen Leistungen mit Handzeichen dokumentiert. Daneben sind Beginn und Ende der hauswirtschaftlichen Tätigkeit festzuhalten.*

**persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

### Überwachungsblatt (1 – 3)

*Hier sind die Kontrollen der **Vitalzeichen** einzutragen und die im Einzelfall eingeleiteten pflegerischen und / oder ärztlich angeordneten medizinischen Sofortmaßnahmen zu dokumentieren. Dies betrifft insbesondere Notfallsituationen und der sich daraus ergebenden notwendigen Interventionen.*

**persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Überwachungsblatt (4)

*Hier sind die Kontrollen der **Blutzuckerwerte** einzutragen und die im Einzelfall eingeleiteten pflegerischen und / oder ärztlich angeordneten medizinischen Sofortmaßnahmen zu dokumentieren. Dies betrifft insbesondere Notfallsituationen und der sich daraus ergebenden notwendigen Interventionen.*

**persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

## Überwachungsblatt (5)

*Hier sind die Kontrollen der Ein- und Ausfuhr einzutragen und die im Einzelfall eingeleiteten pflegerischen und / oder ärztlich angeordneten medizinischen Sofortmaßnahmen zu dokumentieren.*

Mittels Ein- und Ausfuhrkontrolle kann eine Bilanzierung erstellt werden; eine Gewichtskontrolle kann Aufschluss über Flüssigkeitseinlagerung geben.

### **persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

## Verlaufsbericht

*Hier sollen Besonderheiten, Reaktionen, Auffälligkeiten und Beobachtungen im Pflegeprozeß schriftlich und nachvollziehbar festgehalten werden. Ergebnisse und ggf. notwendige Korrekturen bei Pflege- und / oder Behandlungsmaßnahmen sind hier ebenfalls zu dokumentieren. Der Verlaufsbericht muß leserlich, mit Datum, Uhrzeit und Handzeichen versehen, kurz und knapp formuliert sein.*

**„ Soviel als nötig, so wenig wie möglich“**

### **persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Hilfsmittelblatt

*Hier wird festgehalten welches Pflegehilfsmittel / Hilfsmittel (Produktname) ab welchem Zeitpunkt zum Einsatz gebracht wird und wann ggf. eine Rückgabe oder Rücknahme erfolgt ist.*

**Beachte:** Die Medizingeräteverordnung (MedGV) verpflichtet zur sachgerechten Einweisung und Bedienung von medizinischen Geräten.

### **persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

.....

## **pflegerischer Kurzverlegungsbericht**

*Er übermittelt in Kurzfassung pflegerelevante Daten des Patienten / der Patientin für eine komplikationsarme Überleitung aus der ambulanten pflegerischen Versorgung in stationäre Versorgung- und Behandlungsbereiche.*

Auf einem DIN A4 Blatt werden alle pflegerelevanten Informationen weitergegeben. Unter Berücksichtigung des notwendigen Hilfebedarfes erfolgt eine Orientierung an den ATL. Daneben werden eingesetzte Hilfsmittel, Besonderheiten in der Pflege des Patienten / der Patientin und das evtl. Vorhandensein von chronischen Wunden erfaßt. Das vorliegende Berichtsformular kann vom ambulanten in den stationären Bereich und umgekehrt eingesetzt werden. Hier wäre es wünschenswert ein Formular mit Durchschreibetechnik zur Verfügung zu haben, so daß eine Durchschrift in der Dokumentation des PD verbleiben könnte.

### **persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

.....

.....

## **Handzeichenliste**

*Diese stellt im eigentlichen Sinne keinen Inhalt der Pflegedokumentation dar, muß aber vom Pflegedienst vollständig geführt und regelmäßig aktualisiert werden.*

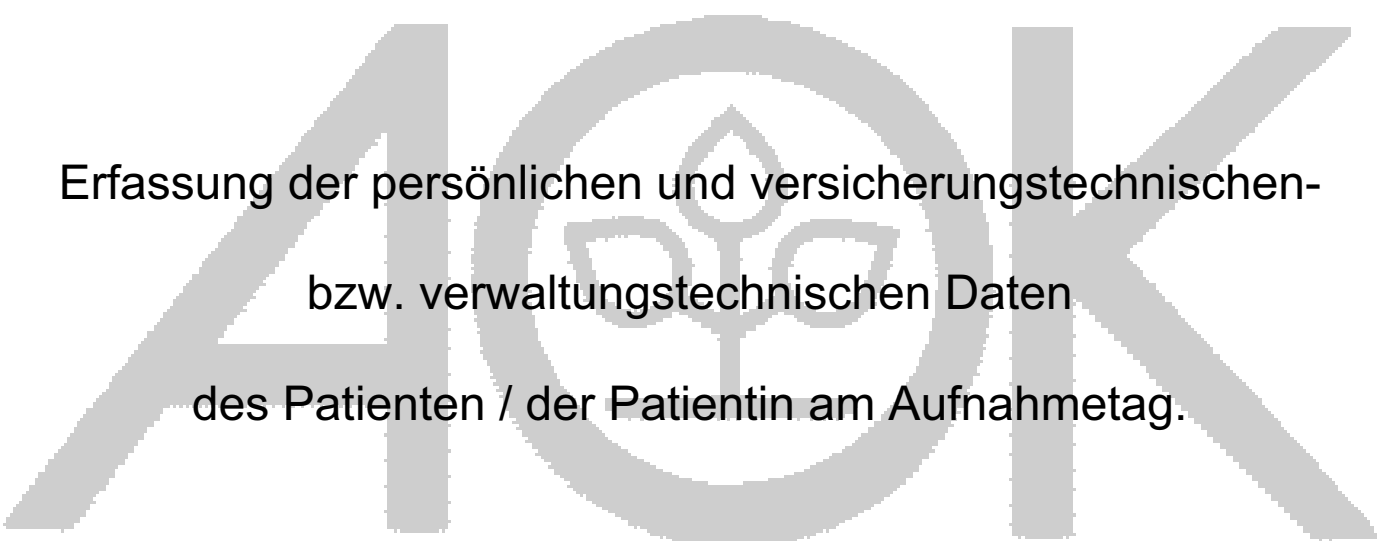
### **persönliche Notizen:**

.....

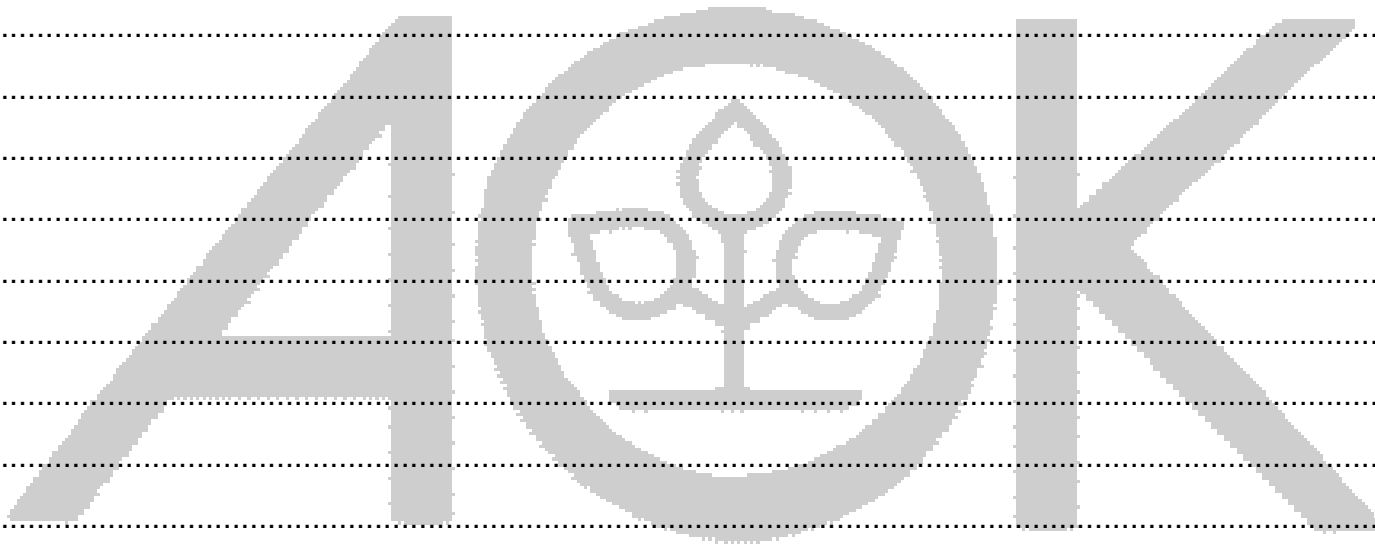
.....

.....

Stamm-Blatt		Krankenkasse:	Stempel des Pflegedienstes
Nr.			
		Versicherungs-Nr.:	
Name:		sonstige Kostenträger:	
Vorname:			
Straße:		Pflegekasse:	
PLZ / Ort:		Antrag gestellt am:	Wer hat den Pflegedienst gerufen?
Telefon:			
Geburtsdatum:	Familienstand:	Pflegestufe <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<b>behandelnde Ärzte:</b>
Staatsangehörigkeit:	Religion:	<input type="checkbox"/> Geldleistung <input type="checkbox"/> Sachleistung <input type="checkbox"/> Kombi.-Leistung	Name:
Behandlungsort: (falls abweichend vom Wohnort)		Härtefallregelung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Telefon:
		Selbstzahler <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name:
<input type="checkbox"/> lebt allein	<input type="checkbox"/> in Gemeinschaft	Beihilfe berechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Telefon:
<input type="checkbox"/> Haus	<input type="checkbox"/> Wohnung		Notarzt:
<input type="checkbox"/> betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> Etage	gesetzliche Betreuung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Unterbrechung der Pflege:
Haustiere:		Wirkungskreis:	
		Betreuer(in):	
<b>wird versorgt durch:</b>		pflegerelevante Diagnosen:	
<input type="checkbox"/> Ehepartner(in) <input type="checkbox"/> Lebensgefährtin(e)			
<input type="checkbox"/> Kind(er)			
Name:			
Straße:			
PLZ / Ort:		Behandlungspflege – SGB V, § 37	<b>ergänzende Hilfen:</b>
Telefon:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Essen auf Rädern <input type="checkbox"/> Hausnotruf
<input type="checkbox"/> private Pflegeperson			<input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> Ergotherapie
Name:		Kostenvoranschlag <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> sonstiges
Straße:		aktualisiert am:	
PLZ / Ort:		aktualisiert am:	Datenaufnahme am:
Telefon:			durch:
Hausschlüssel erhalten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Pflegevertrag abgeschlossen am:	Pflegebeginn:
Datum:			Beendigung der Pflege:



Erfassung der persönlichen und versicherungstechnischen-  
bzw. verwaltungstechnischen Daten  
des Patienten / der Patientin am Aufnahmetag.



Name: \_\_\_\_\_

erstellt am: \_\_\_\_\_

Seite: \_\_\_\_\_

## Biografieblatt

Wichtige Aspekte der Lebensgeschichte des Patienten / der Patientin,  
die prägenden Einfluss hatten, sind hier zusammenfassend festzuhalten.

Dies hat eine besondere Bedeutung bei dementen Patienten, denn es  
tauchen häufig bedeutsame Lebenssituationen aus dem Altgedächtnis auf  
und beeinflussen Wahrnehmungen und Handlungen.

Jeder Mensch hat eine eigene Lebensgeschichte und persönliche Identität;  
folgerichtig gehören zum Erfassen der Persönlichkeit Kenntnisse der  
Lebenserfahrung und Lebenserinnerung eines Menschen.

Ruhens und Schlafen		vereinbartes Pflegeziel:		
Aufstehen ca.                      Uhr	Zubettgehen ca.                      Uhr	Ruhepausen tagsüber ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>  Uhrzeit: .....	Einschlafhilfe / Rituale	Medikamente
Schlafunterbrechung Häufigkeit / Ursache				

sich bewegen	vereinbartes Pflegeziel:				
Gehen, eben	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung / Beaufsichtigung
Gehen, Treppe	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung / Beaufsichtigung
Gehhilfe	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung / Beaufsichtigung
Rollstuhl	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung / Beaufsichtigung
Sitzen auf Stuhl	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung / Beaufsichtigung
Sitzen im Bett	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung / Beaufsichtigung
Lagerung im Bett	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung / Beaufsichtigung
Transfer	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung / Beaufsichtigung
Aufstehen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung / Beaufsichtigung
Zubettgehen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung / Beaufsichtigung
Verlassen der Wohnung	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung / Beaufsichtigung
Beweglichkeit	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> immobil      seit wann?		
Dekubitusrisiko siehe Braden-Skala	Bewegungseinschränkung      (wenn ja, welche?) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			bestehende Kontrakturen      (wenn ja, welche?) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Name: \_\_\_\_\_

Seite: 1

## P f l e g e a n a m n e s e



<b>sich waschen und kleiden</b>		<b>vereinbartes Pflegeziel:</b>			
<b>Hautzustand</b>		<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> feucht / schweißig	<input type="checkbox"/> fettig
Allergien (wenn ja, welche?) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Hauterkrankung / Hautveränderung (welcher Art? Lokalisation?) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Dekubitus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein siehe Wunderhebungsbogen
Waschen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung / Beaufsichtigung
Duschen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung / Beaufsichtigung
Baden	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung / Beaufsichtigung
Mundpflege	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung / Beaufsichtigung
Kämmen / Haare waschen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung / Beaufsichtigung
Rasieren	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung / Beaufsichtigung
Nagelpflege	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung / Beaufsichtigung
Augenpflege	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung / Beaufsichtigung
Ankleiden	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung / Beaufsichtigung
Auskleiden	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung / Beaufsichtigung
Hautpflege	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung / Beaufsichtigung
Fußpflege	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung / Beaufsichtigung

Name: \_\_\_\_\_

Seite: 2

<b>Essen und Trinken</b>		<b>vereinbartes Pflegeziel:</b>			
<b>Ernährungszustand</b>		<input type="checkbox"/> angemessen	<input type="checkbox"/> Adipositas	<input type="checkbox"/> Kachexie	<input type="checkbox"/> Exsikkose
Größe:	Gewicht:	Kau- und Schluckfunktion <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> beeinträchtigt (in welcher Weise?)			
Kostform: z. Bsp. passierte Kost		Diät:	Nahrungsunverträglichkeit / Allergie		Besonderheiten
Nahrungsaufnahme		<input type="checkbox"/> Essen, oral	<input type="checkbox"/> Trinken, oral	<input type="checkbox"/> Ernährungssonde	
Essen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung / Beaufsichtigung
Trinken	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung / Beaufsichtigung
Ernährungssonde <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung / Beaufsichtigung
mundgerechte Zubereitung der Nahrung	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung / Beaufsichtigung

Name: \_\_\_\_\_

Seite: 3

Ausscheiden		vereinbartes Pflegeziel:		
Urin	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Hilfsperson	Inkontinenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Art des Hilfsmittels: <input type="checkbox"/> Kondomurinal <input type="checkbox"/> Einmalkatheter <input type="checkbox"/> Inkontinenzeinlagen <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Verweilkatheter CH ..... <input type="checkbox"/> transurethral <input type="checkbox"/> suprapubisch Häufigkeit des Wechsels .....	Urostomaversorgung <input type="checkbox"/> einteilig <input type="checkbox"/> zweiteilig Häufigkeit der Versorgung .....	Besonderheiten z. Bsp. Dialyse, Urostoma
Stuhl	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Hilfsperson	Inkontinenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Art des Hilfsmittels: <input type="checkbox"/> Inkontinenzeinlagen <input type="checkbox"/> Analtampon <input type="checkbox"/> sonstiges	Stomaversorgung <input type="checkbox"/> einteilig <input type="checkbox"/> zweiteilig Häufigkeit der Versorgung .....	Diarrhoe      Obstipation <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein	Besonderheiten z. Bsp: Laxantien, Einläufe
Erbrechen	Besonderheiten:		Sputum	Besonderheiten:

Name: \_\_\_\_\_

Seite: 4

<b>Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen</b>		<b>vereinbartes Pflegeziel:</b>		
<b>Atmung</b>	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung durch Hilfsmittel z. Bsp. Asthmaspray oder Sauerstoffgabe	<input type="checkbox"/> Unterstützung durch Hilfsperson z. Bsp. beim Absaugen	<input type="checkbox"/> Übernahme (Beatmung)
Einschränkung <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, welcher Art?  Besonderheiten		
<b>Temperaturregulation</b>	<input type="checkbox"/> selbständig	Besonderheiten		
<b>Kreislaufregulation</b>	<input type="checkbox"/> selbständig	Besonderheiten		

Name: \_\_\_\_\_

Seite: 5

für Sicherheit sorgen		vereinbartes Pflegeziel:		
Orientierung	zeitlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> nein	örtlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> nein	situativ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> nein	persönlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> nein
Situative Anpassungsfähigkeit	Kann Gefahren erkennen und angemessen reagieren <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Hilfsmittel z. Bsp. Hausnotruf	Besonderheiten	
	Schmerzen (wenn ja, in welcher Weise?) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Schmerzempfindung gestört (wenn ja, in welcher Weise?) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Reizempfindung gestört (wenn ja, in welcher Weise?) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Kältereiz <input type="checkbox"/> Wärmereiz <input type="checkbox"/> Sensibilitätsstörungen
Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Richten durch Hilfsperson	<input type="checkbox"/> Verabreichung durch Hilfsperson	sichere Aufbewahrung notwendig? (wenn ja, an welchem Ort?) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja .....
Wohnsituation	behindertengerecht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Besonderheiten	

Name: \_\_\_\_\_

Seite: 6

<b>sich beschäftigen</b>		<b>vereinbartes Pflegeziel:</b>	
Tagesgestaltung <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe		Interessen	Aktivitäten

<b>Kommunizieren</b>		<b>vereinbartes Pflegeziel:</b>	
Kontaktaufnahme möglich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sprache <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> Fremdsprache .....	sich mitteilen <input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> nonverbal <input type="checkbox"/> schriftlich	verstehen / erkennen <input type="checkbox"/> verbal <input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> Bilder / Gegenstände
wahrnehmen <input type="checkbox"/> sehen	Hilfsmittel:	Einschränkungen:	
wahrnehmen <input type="checkbox"/> hören	Hilfsmittel:	Einschränkungen:	

<b>Sinn finden</b>		<b>vereinbartes Pflegeziel:</b>	
Antrieb:		Stimmung:	Interessen:

<b>sich als Mann / Frau fühlen</b>		<b>vereinbartes Pflegeziel:</b>	
Wahrung der Intimsphäre sicherstellen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Hilfsmittel z. Bsp. beim Waschen abdecken, Paravan	Besonderheiten:

Name: \_\_\_\_\_

Erhebung durch: \_\_\_\_\_

am: \_\_\_\_\_

Seite: 7

Einmalige Erfassung aller pflegerelevanten Daten unter Berücksichtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) in Zusammenarbeit mit dem Patienten / der Patientin. Während der Erarbeitung der Pflegeanamnese werden mit dem Patienten / der Patientin und ggf. den Angehörigen Pflegeziele vereinbart. Diese festgelegten Pflegeziele dienen zur Überprüfung der Wirksamkeit der durchgeführten Pflegemaßnahmen.

Vereinbarte Pflegeziele im Erstgespräch können als Grundlage für einen zu erstellenden Kostenvoranschlag herangezogen werden.

Die Pflegeanamnese stellt zusammenfassend die Aufnahmesituation dar.

Innerhalb des Pflegeprozesses ist die Pflegeanamnese gleichbedeutend mit der Informationssammlung und dient damit als Grundlage für die Pflegeplanung.

**selbständig**    **Unterstützung** → z. Bsp.: Waschutensilien herrichten    **Teilübernahme** → z. Bsp.: Beine waschen    **volle Übernahme**    **Anleitung / Beaufsichtigung**





Auf Grundlage der Pflegeanamnese werden in Zusammenarbeit mit dem Patienten und / oder dessen Bezugspersonen Pflegeprobleme und Ressourcen formuliert und entsprechende Zielsetzungen vereinbart.

Unter Berücksichtigung der situationsbezogenen Daten und der formulierten pflegerischen Zielsetzungen werden die notwendigen pflegerischen Maßnahmen mit allen an der Pflege beteiligten Personen schriftlich geplant.

Dabei ist zu beachten, daß die Maßnahmenplanung Angaben zu Häufigkeit (wie oft?), Zeitpunkt (wann?), Zeitraum (wie lang?), erforderlichen Hilfsmitteln und personeller Zuständigkeit (wer?) macht.

Die festgeschriebenen Maßnahmen gelten für alle an der Pflege beteiligten Personen verbindlich.

**Pflegeplanung erstellt am:** ..... **durch:** ..... **Überprüfung geplant am:** .....

aktualisiert am: ..... durch: ..... Überprüfung geplant am: .....

aktualisiert am: ..... durch: ..... Überprüfung geplant am: .....

aktualisiert am: ..... durch: ..... Überprüfung geplant am: .....

aktualisiert am: ..... durch: ..... Überprüfung geplant am: .....

aktualisiert am: ..... durch: ..... Überprüfung geplant am: .....

**Name:** \_\_\_\_\_

**Seite:** \_\_\_\_\_

## **P f l e g e p l a n u n g s k o n t r o l l b l a t t**



Die Pflegeplanung muss der Entwicklung des Pflegeprozesses  
entsprechend kontinuierlich aktualisiert werden.

<b>Pflegevisite</b> am: .....  durch: .....  Funktion: .....	<b>Ergebnis / einzuleitende Maßnahmen:</b>
<b>Pflegevisite</b> am: .....  durch: .....  Funktion: .....	<b>Ergebnis / einzuleitende Maßnahmen:</b>
<b>Pflegevisite</b> am: .....  durch: .....  Funktion: .....	<b>Ergebnis / einzuleitende Maßnahmen:</b>

**Name:** \_\_\_\_\_

**Seite:** \_\_\_\_\_

**P f l e g e v i s i t e**



Die Pflegevisite sollte regelmäßig von der verantwortlichen Pflegefachkraft  
bei dem Patienten / der Patientin durchgeführt werden.

Eine Pflegevisite dient als Instrument der internen Qualitätssicherung  
und ermöglicht daneben die Wertschätzung der pflegerischen Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen.

Dekubitus-Risiko laut Braden-Skala festgestellt:

☐ ja

☐ nein[illegible]

**Name:** \_\_\_\_\_

**Jahr:** \_\_\_\_\_

Seite: \_\_\_\_\_

# Bewegungsblatt

Hier soll jegliche Art von Bewegung dokumentiert werden,  
z. Bsp.: Hilfe bei der Mobilität im Bett, am Bett, im Raum,  
aktive / passive Bewegungsübungen, Lagerungen.

In der Spalte „Besonderheiten“ ist der Einsatz von Hilfsmitteln  
(wie zum Beispiel Kissen, Keile, Rollen, etc.) zu vermerken.

**Beachte:** ***Bei Einsatz einer Antidekubitusmatratze  
wird niemals der regelmäßige  
Lagerungswechsel überflüssig.***





Alle Anordnungen bezüglich der medizinischen Therapie sind schriftlich vorzunehmen und von der anordnenden Person (Arzt / Ärztin) abzuzeichnen.

Bei telefonisch angeordneter Medikation zeichnet die entgegennehmende Pflegefachkraft die Anordnung ab.

Zur Absicherung des Pflegepersonals sollte eine Faxbestätigung von der anordnenden Ärztin / dem anordnenden Arzt eingeholt werden oder baldmöglichst deren / dessen Unterschrift auf dem Formblatt erfolgen.



Alle Anordnungen bezüglich der medizinischen Therapie sind schriftlich vorzunehmen und von der anordnenden Person (Arzt / Ärztin) abzuzeichnen.

Bei telefonisch angeordneten Maßnahmen zeichnet die entgegennehmende Pflegefachkraft die Anordnung ab.

Zur Absicherung des Pflegepersonals sollte eine Faxbestätigung von der anordnenden Ärztin / dem anordnenden Arzt eingeholt werden oder baldmöglichst deren / dessen Unterschrift auf dem Formblatt erfolgen.

# Braden-Skala zur Dekubitus-Risiko-Erfassung

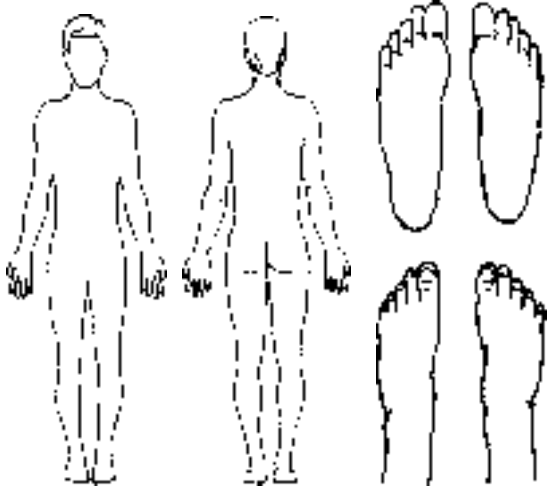
Bei einer Gesamtpunktzahl von 18 Punkten und weniger besteht ein erhöhtes Dekubitusrisiko

<b>Sensorisches Wahrnehmungsvermögen</b>  Fähigkeit, adäquat auf druckbedingte Beschwerden zu reagieren	<b>① komplett eingeschränkt</b> - keine Reaktion auf schmerzhafte Stimuli, aufgrund von eingetübtem Bewußtsein oder Sedierung  ODER - Störung der Schmerzempfindung, die den größten Teil des Körpers betreffen (z.B. hoher Querschnitt)	<b>② stark eingeschränkt</b> - reagiert nur auf schmerzhafte Stimuli - Beschwerden können kaum geäußert werden (z.B. nur durch Stöhnen oder Unruhe)  ODER - hat eine sensorische Wahrnehmungsstörung, wovon die Hälfte des Körpers betroffen ist	<b>③ leicht eingeschränkt</b> - Reaktion auf Ansprache oder Anweisungen vorhanden Beschwerden können aber nicht immer ausgedrückt werden (z.B. dass die Position geändert werden soll)  ODER - Störung der Schmerzempfindung, wovon eine oder zwei Extremitäten betroffen sind	<b>④ keine Beeinträchtigung</b> - Reaktion auf Ansprache - Beschwerden können geäußert werden	
<b>Feuchtigkeit</b>  Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist	<b>① ständig feucht</b> - Haut ist ständig feucht durch Urin, Schweiß, Kot, etc. - immer wenn der Patient gedreht wird, liegt er im Nassen	<b>② oft feucht</b> - Haut ist oft feucht, aber nicht immer - Bettwäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden	<b>③ manchmal feucht</b> - Haut ist manchmal feucht - etwa einmal pro Tag wird neue Wäsche benötigt	<b>④ selten feucht</b> - Haut ist meist trocken - Neue Bettwäsche wird seltener benötigt	
<b>Aktivität</b>  Ausmaß / Grad der physischen Aktivität	<b>① bettlägerig</b> - dauerhaft im Bett liegend	<b>② auf einen Stuhl angewiesen</b> - Fähigkeit, alleine zu laufen, ist stark eingeschränkt oder nicht vorhanden - kann das eigene Gewicht nicht alleine tragen und / oder benötigt beim Transfer (in den Stuhl o.ä.) Hilfe	<b>③ geht gelegentlich</b> - geht am Tag gelegentlich kürzere Distanzen mit oder ohne Unterstützung - verbringt die meiste Zeit im Bett oder im Stuhl	<b>④ geht regelmäßig</b> - geht außerhalb des Zimmers mindestens zweimal am Tag und im Zimmer während der Wachphase mindestens alle 2 Stunden	
<b>Mobilität</b>  Fähigkeit, die Position zu wechseln und zu überprüfen	<b>① komplett immobil</b> - kann auch geringfügige Positionswechsel nicht ohne Hilfe ausführen	<b>② stark eingeschränkt</b> - bewegt sich manchmal geringfügig (Körper oder Extremitäten) - kann aber alleine keine regelmäßigen und umfassenden Positionswechsel machen	<b>③ geringfügig eingeschränkt</b> - macht regelmäßig kleine Positionswechsel des Körpers oder der Extremitäten	<b>④ keine Einschränkungen</b> - macht alleine umfassende und regelmäßige Positionswechsel	
<b>Ernährung</b>  Ernährungsgewohnheiten	<b>① sehr schlecht</b> - isst nie eine komplette Mahlzeit; selten mehr als 1/3 jedes angebotenen Essens - isst zwei oder weniger proteinreiche Mahlzeiten (Fleisch, Milchprodukte etc.) am Tag - trinkt zu wenig; nimmt keine Ergänzungskost zu sich  ODER - darf oral keine Kost zu sich nehmen oder nur klare Flüssigkeiten bzw. - nur Infusionen für länger als 5 Tage	<b>② mäßig</b> - isst selten eine normale Portion; im allgemeinen nur etwa 1/2 des angebotenen Essens - drei eiweißreiche Portionen pro Tag - nimmt unregelmäßig Ergänzungskost zu sich  ODER - bekommt nicht die erforderliche Menge an flüssiger Ergänzungs- oder Sondenkost	<b>③ adäquat</b> - isst mehr als 1/2 der meisten Mahlzeiten - isst viermal täglich proteinreich - verweigert gelegentlich eine Mahlzeit; nimmt aber Ergänzungskost zu sich  ODER - bekommt über eine Sonde oder durch parenterale Ernährung die meisten aller erforderlichen Nährstoffe	<b>④ ausgezeichnet</b> - isst den Großteil jeder Mahlzeit; verweigert nie das Essen - nimmt täglich vier oder mehr eiweißreiche Mahlzeiten zu sich - isst manchmal zwischen den Mahlzeiten; braucht keine Ergänzungskost	
<b>Reibung und Scherkräfte</b>	<b>① Problem</b> - braucht bei Lagewechsel mäßige bis massive Unterstützung - anheben ohne ein Schleifen über das Laken nicht möglich - rutscht ständig im Bett oder Stuhl herunter, muß regelmäßig mit massiver Unterstützung wieder in die Position zurück gebracht werden - Spastiken, Kontrakturen oder massive Unruhe führen zu ständiger Reibung	<b>② potentiell Problem</b> - bewegt sich etwas allein oder braucht wenig Hilfe - beim Bewegen kann die Haut geringfügig über Laken, Stuhl o.ä. schleifen - hält eine relativ gute Position in Stuhl oder Bett über längere Zeit; rutscht aber manchmal runter	<b>③ zur Zeit kein Problem</b> - bewegt sich in Bett und Stuhl allein, hat ausreichend Kraft, sich dabei anzuheben - kann eine Position über lange Zeit halten, ohne herunterzurutschen		
Erhebungsdatum:				Gesamtpunktzahl:	

Name der / des Versicherten \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Pflegedienstes \_\_\_\_\_

Lokalisation	Diagnose	Stadieneinteilung		Wundphase	Wundbeschaffenheit <small>Decubitus / Ulcus Cruris</small>
	<input type="radio"/> Ulcus cruris	<input type="radio"/> Stadium 1	persistierende Hautrötung bei intakter Haut	<input type="radio"/> W 1 = Infektion	Wundgröße      X      cm
	<input type="radio"/> Diabetisches Gangrän	<input type="radio"/> Stadium 2	Teilverlust der Haut; Blase, Hautabschürfung, oberflächliches Geschwür	<input type="radio"/> W 2 = Exsudation	Wundtiefe      cm
	<input type="radio"/> Dekubitus	<input type="radio"/> Stadium 3	Verlust aller Hautschichten und Schädigung des subkutanen Gewebes, tiefes Geschwür	<input type="radio"/> W 3 = Granulation	<input type="radio"/> Taschenbildung
	<input type="radio"/> sonstiges	<input type="radio"/> Stadium 4	zusätzliche Zerstörung; Gewebnekrose oder Schädigung von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen	<input type="radio"/> W 4 = Epithelisierung	<input type="radio"/> Unterminierung der Wundränder
				<b>Exsudat</b>	<input type="radio"/> sonstiges
				<input type="radio"/> serös	<b>angrenzendes Gewebe</b>
				<input type="radio"/> blutig	<input type="radio"/> intakt
				<input type="radio"/> eitrig	<input type="radio"/> infiziert

Wundtyp	Wundränder
<input type="radio"/> schwarz, trocken, nekrotisch <input type="radio"/> gelb, schmierig belegt <input type="radio"/> grün, infiziert, übelriechend <input type="radio"/> massiv exsudierend <input type="radio"/> rot, sauber, granulierend <input type="radio"/> rosa, beginnende Epithelisierung	<input type="radio"/> abgegrenzt <input type="radio"/> nicht abgegrenzt <input type="radio"/> entzündet <input type="radio"/> mazeriert <input type="radio"/> geschwollen <input type="radio"/> schlecht durchblutet

Art der Wundversorgung	Behandlungsplan / ärztlich angeordnete medizinische Therapie	Häufigkeit
z.B. Hydrokolloide, Alginate, etc.		
sonstiger Verband		
z. B. Umschläge, Abpolsterung		
Salben, Tinkturen, etc.		

<b>Welche prophylaktischen Maßnahmen wurden durchgeführt?</b>		<b>Ist der / die Versicherte mit einem Antidekubitussystem versorgt?</b>	
von der Pflegeperson:		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Produktname: _____	
vom Pflegedienst:		<b>Einverständniserklärung:</b> Hiermit erteile ich meinem Pflegedienst die Erlaubnis den Zustand meiner Wunden zu erheben und ggf. an den Kostenträger weiterzuleiten. Mein Einverständnis gilt auch für die Fotodokumentation.	

Datum der Erhebung / Unterschrift der Pflegefachkraft \_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift des / der Versicherten \_\_\_\_\_

## W u n d e r h e b u n g

**Lokalisation:** \_\_\_\_\_

[illegible]

Name: \_\_\_\_\_

**Jahr:** \_\_\_\_\_

Seite: \_\_\_\_\_

# Wundverlaufsblatt

Hier sind die Wundverlaufskontrollen regelmäßig zu dokumentieren.

Pro Wunde ist ein Wundhebungsbogen und  
das dazugehörige Wundverlaufsblatt zu führen.





Hier werden alle durchgeführten pflegerischen Leistungen

(Grundpflege und Behandlungspflege) mit Signatur

der durchführenden Pflegefachkraft / Pflegekraft abgezeichnet.

Durch das tägliche Abzeichnen aller erbrachter Pflegeleistungen mit Handzeichen

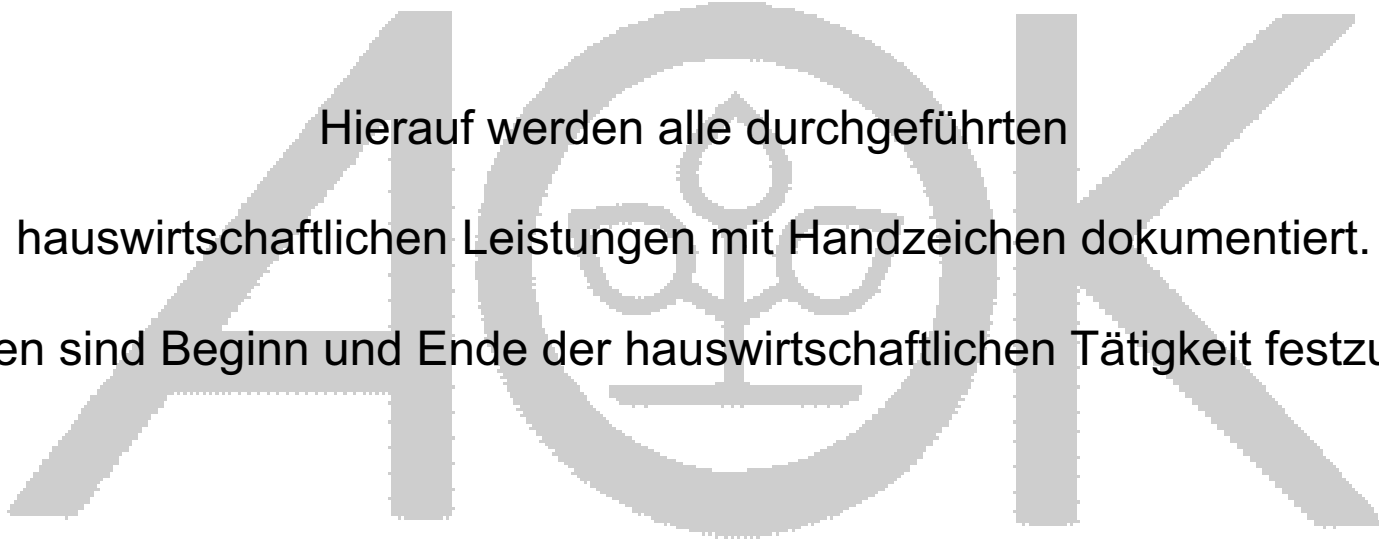
wird nachvollziehbar dokumentiert wer, welche Leistung wann erbracht hat.

Zur genaueren Differenzierung der Pflegezeit sind Beginn und Ende

der Gesamtpflegezeit anzugeben;

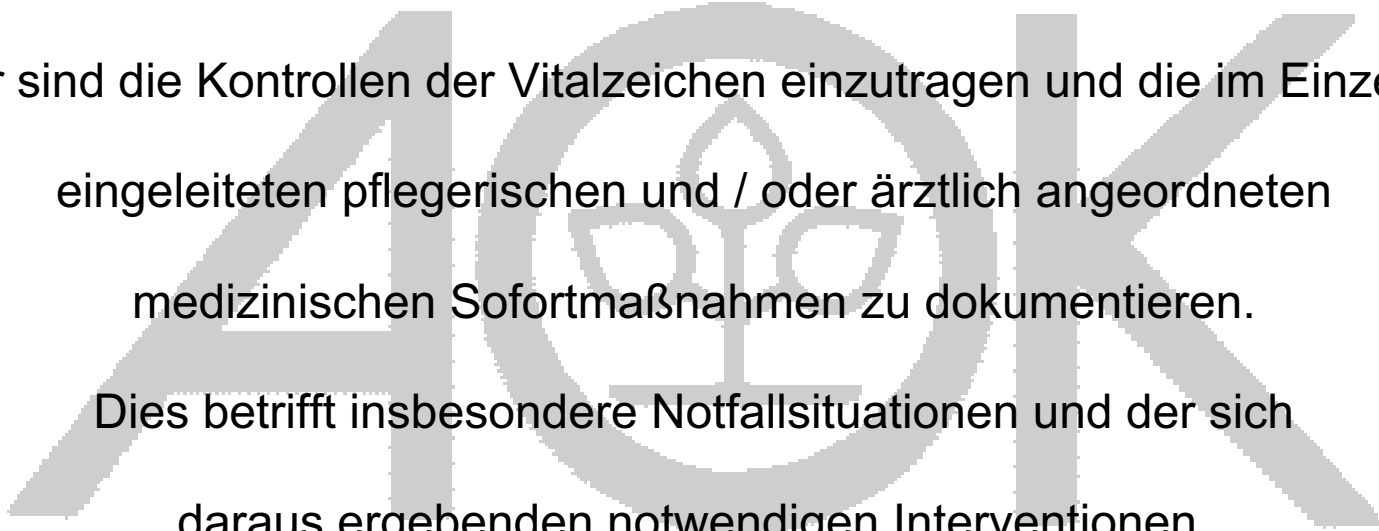
die darin ggf. enthaltene Behandlungspflegezeit ist gesondert in Minuten anzugeben.





Hierauf werden alle durchgeführten  
hauswirtschaftlichen Leistungen mit Handzeichen dokumentiert.  
Daneben sind Beginn und Ende der hauswirtschaftlichen Tätigkeit festzuhalten.





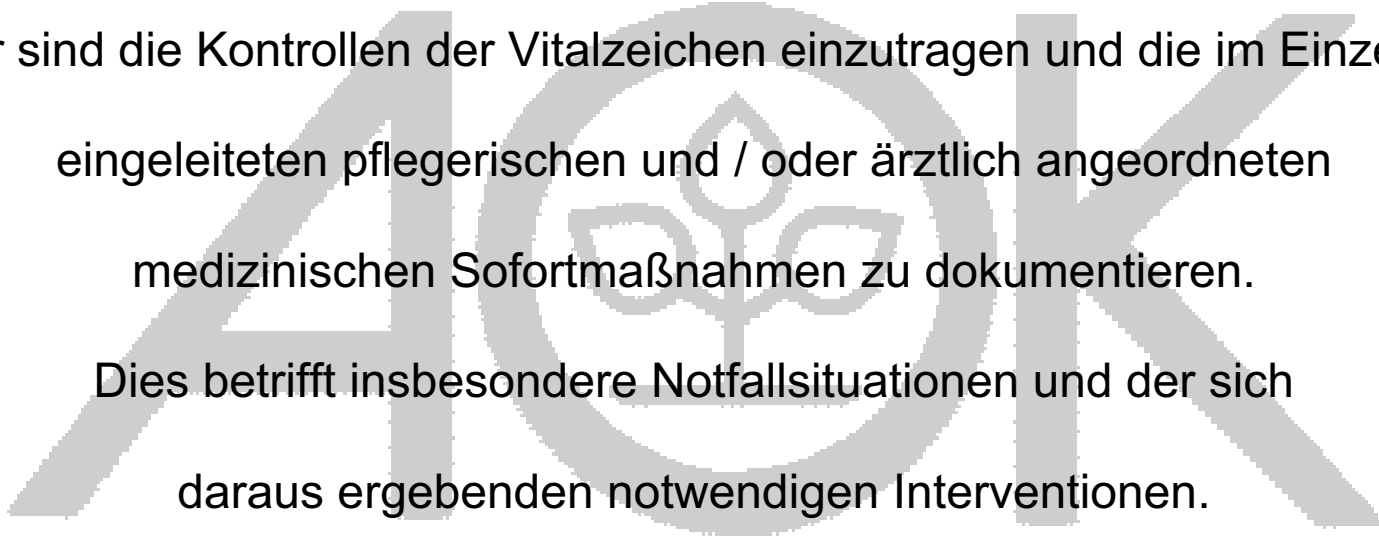
Hier sind die Kontrollen der Vitalzeichen einzutragen und die im Einzelfall eingeleiteten pflegerischen und / oder ärztlich angeordneten medizinischen Sofortmaßnahmen zu dokumentieren.  
Dies betrifft insbesondere Notfallsituationen und der sich daraus ergebenden notwendigen Interventionen.

Datum und Uhrzeit		Datum und Uhrzeit		Datum und Uhrzeit		Datum und Uhrzeit		Datum und Uhrzeit		eingeleitete Maßnahmen a) pflegerisch b) medizinisch (ärztlich angeordnete Maßnahmen)	Hdz und Datum

Legende:
 Blutdruck
Puls
Blutzucker
Temperatur
Gewicht
Einfuhr
Ausfuhr
Stuhlgang etc.

Name: \_\_\_\_\_
 Jahr: \_\_\_\_\_
Seite: \_\_\_\_\_

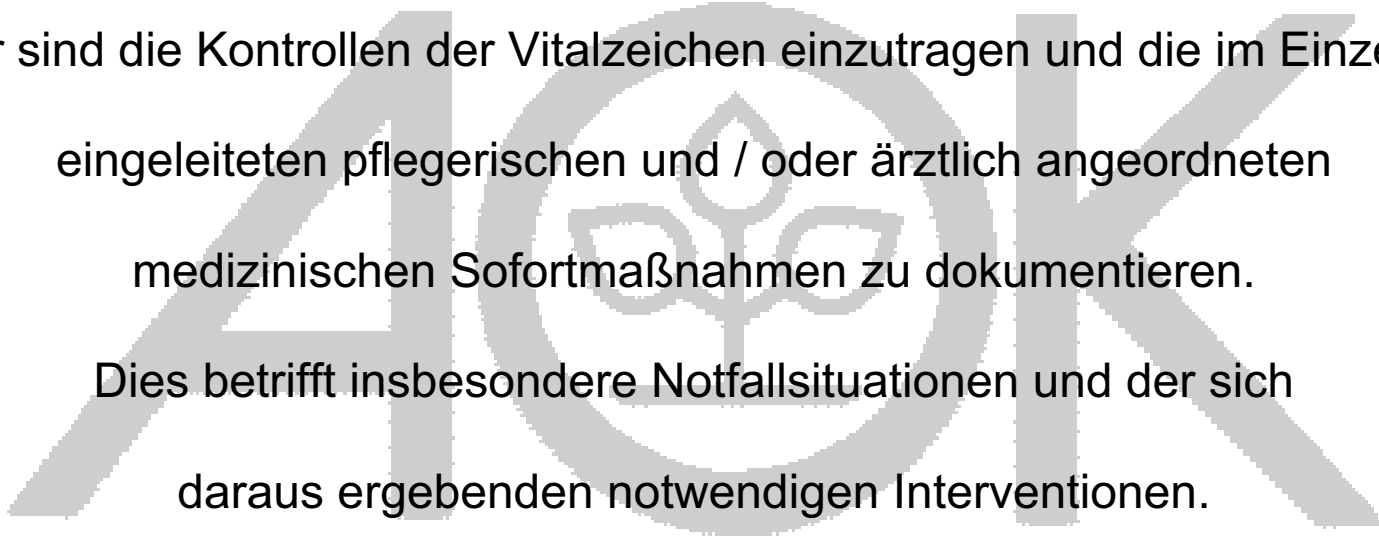
# Überwachungsblatt 2



Hier sind die Kontrollen der Vitalzeichen einzutragen und die im Einzelfall  
eingeleiteten pflegerischen und / oder ärztlich angeordneten  
medizinischen Sofortmaßnahmen zu dokumentieren.  
Dies betrifft insbesondere Notfallsituationen und der sich  
daraus ergebenden notwendigen Interventionen.

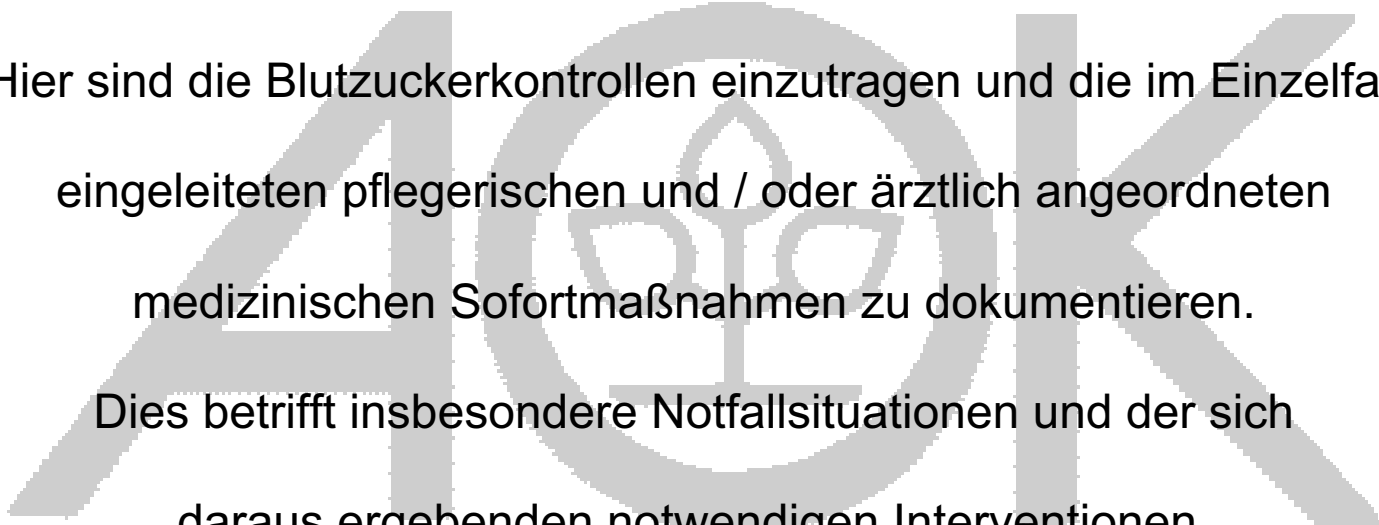






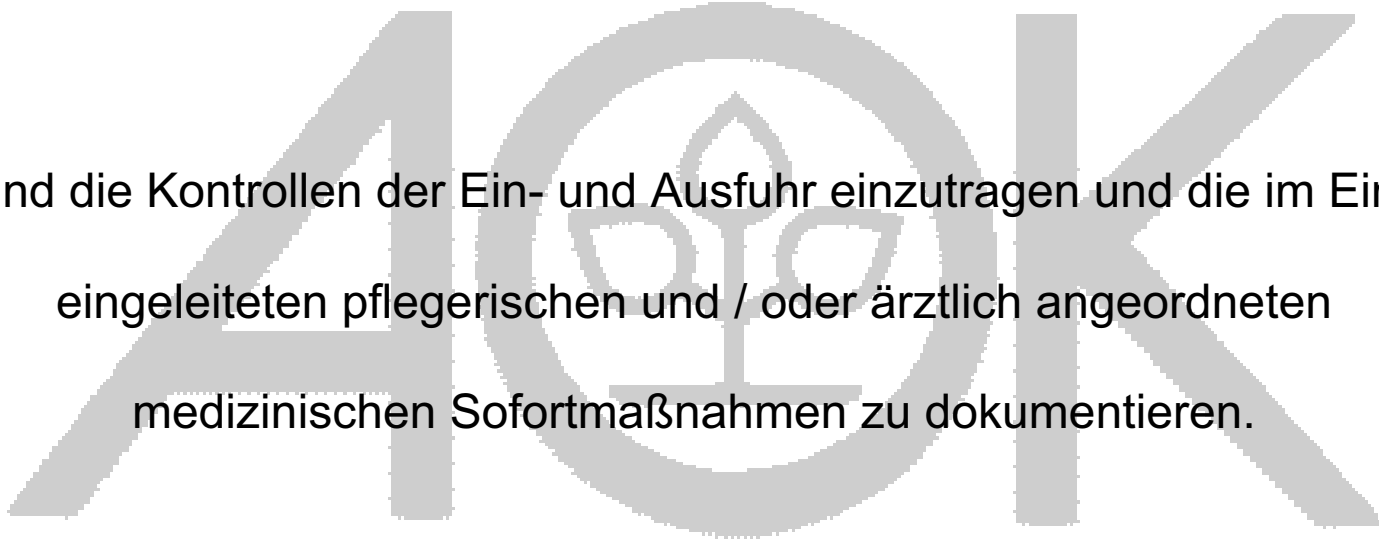
Hier sind die Kontrollen der Vitalzeichen einzutragen und die im Einzelfall  
eingeleiteten pflegerischen und / oder ärztlich angeordneten  
medizinischen Sofortmaßnahmen zu dokumentieren.  
Dies betrifft insbesondere Notfallsituationen und der sich  
daraus ergebenden notwendigen Interventionen.





Hier sind die Blutzuckerkontrollen einzutragen und die im Einzelfall eingeleiteten pflegerischen und / oder ärztlich angeordneten medizinischen Sofortmaßnahmen zu dokumentieren.  
Dies betrifft insbesondere Notfallsituationen und der sich daraus ergebenden notwendigen Interventionen.





Hier sind die Kontrollen der Ein- und Ausfuhr einzutragen und die im Einzelfall  
eingeleiteten pflegerischen und / oder ärztlich angeordneten  
medizinischen Sofortmaßnahmen zu dokumentieren.



Hier sollen Besonderheiten, Reaktionen, Auffälligkeiten und Beobachtungen im Pflegeprozeß  
schriftlich und nachvollziehbar festgehalten werden.

Ergebnisse und ggf. notwendige Korrekturen bei Pflege- und / oder Behandlungsmaßnahmen  
sind hier ebenfalls zu dokumentieren.

Der Verlaufsbericht muß leserlich, mit Datum, Uhrzeit und Handzeichen versehen, kurz und  
knapp formuliert sein.

***„ Soviel als nötig , so wenig wie möglich“***

Hilfsmittelart	beantragt (Datum)	geliefert (Datum)	Sanitätshaus	Einweisung durch: (Name / Qualifikation)	Einsatz von bis	Rückholung durch Kostenträger veranlasst bzw. erfolgt (Datum)

Name: \_\_\_\_\_

Seite: \_\_\_\_\_

## Hilfsmittelblatt



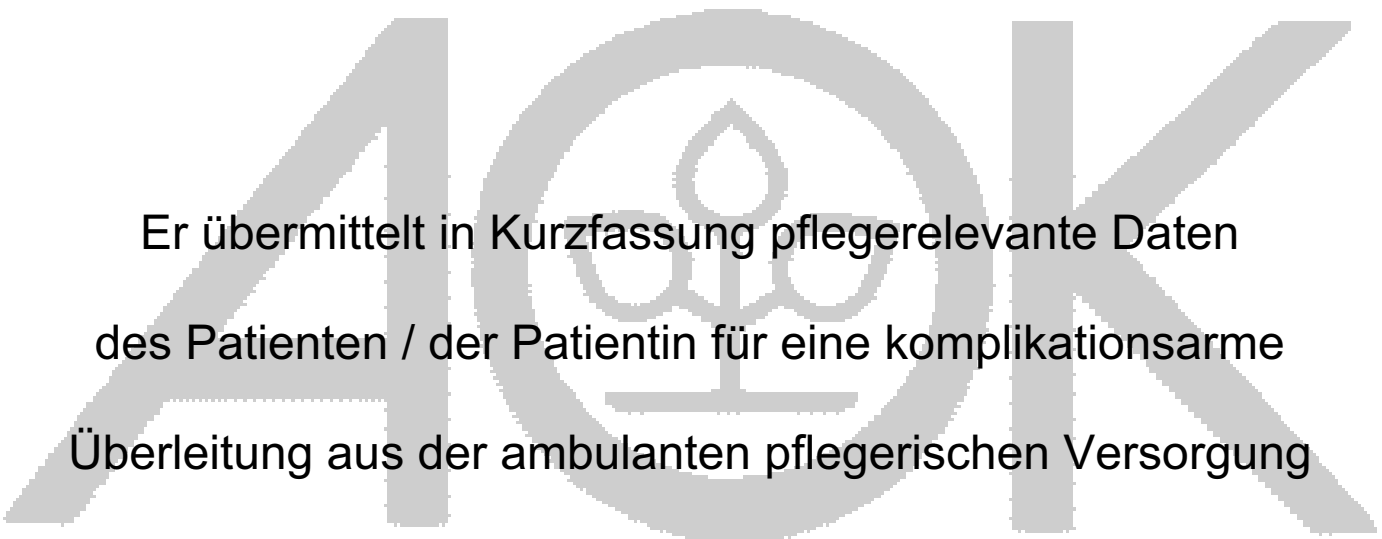
Hier wird festgehalten welches Pflegehilfsmittel / Hilfsmittel (Produktname)  
ab welchem Zeitpunkt zum Einsatz gebracht wird und  
wann ggf. eine Rückgabe oder Rücknahme erfolgt ist.

**Beachte:**

Die Medizingeräteverordnung (MedGV) verpflichtet  
zur sachgerechten Einweisung und Bedienung  
von medizinischen Geräten.

# Pflegerischer Kurzverlegungsbericht

Name:		Krankenkasse:	
Vorname:		Versicherungs-Nr.:	
Straße:		Pflegekasse	
PLZ / Ort:		Pflegestufe 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
Telefon:		Pflegedienst	
Geburtsdatum:	Familienstand:		
Staatsangehörigkeit:	Religion:		
Ansprechpartner(in):		Hausarzt / Facharzt	
Anschrift:			
Telefon:			
gesetzliche Betreuer(in):		bisherige Medikation: einschl. Insulingabe (ggf. Rückseite benutzen)	
Anschrift:			
Telefon:			
<b>Essen &amp; Trinken</b>		<b>Ausscheidung</b>	
Kostform:	Diät:	selbständige Toilettenbenutzung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
selbständige Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Harninkontinenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
selbständige Flüssigkeitsaufnahme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Blasenverweilkatheter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
mundgerechte Zubereitung nötig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> suprapubisch CH	
Schluckstörungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> transurethral CH	
Ernährungssonde <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
wenn ja, welche?		Stuhlregulierung durch	
Sondennahrung (Menge und Häufigkeit)		zuletzt abgeführt am:	
		Anus praeter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Waschen &amp; Kleiden</b>		<b>Mobilität</b>	
Waschen / Duschen selbständig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		selbständig aufstehen / zu Bett gehen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mundhygiene selbständig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		selbständig Gehen / Stehen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kämmen selbständig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		bettlägerig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Rasieren selbständig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Prothese	<input type="checkbox"/> Gehhilfe <input type="checkbox"/> Rollstuhl
An- und Auskleiden selbständig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>Bewußtsein / Kommunikation</b>		<b>Hilfsmittel</b>	
<input type="checkbox"/> orientiert	Stimmungslage	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Hörgerät
		<input type="checkbox"/> Zahnprothese	
<input type="checkbox"/> kann sich artikulieren	<input type="checkbox"/> Sprachstörungen	<input type="checkbox"/> sonstiges:	
Muttersprache:			
<b>Chronische Wunden</b>		<b>Besonderheiten</b>	
Dekubitus vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Marcumareinnahme
Stadium:	Lokalisation:	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
Ulcus cruris vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Allergien, welche?	
Lokalisation:		<input type="checkbox"/> sonstiges	
Versorgung mit:		Datum:	Unterschrift der erhebenden Pflegekraft:
(bei Vorliegen mehrerer Wunden ggf. Rückseite benutzen)			



Er übermittelt in Kurzfassung pflegerelevante Daten  
des Patienten / der Patientin für eine komplikationsarme  
Überleitung aus der ambulanten pflegerischen Versorgung  
in stationäre Versorgung- und Behandlungsbereiche.

# HANDZEICHENLISTE

als Anhang der Pflegedokumentation

[illegible]

Datum: \_\_\_\_\_

## HANDZEICHENLISTE

für den internen Gebrauch

[illegible]

Datum .....

Unterschrift der PDL .....

Diese stellt im eigentlichen Sinne  
keinen Inhalt der Pflegedokumentation dar.

Die regelmäßige Aktualisierung und Überprüfung  
auf Vollständigkeit ist zwingend  
und obliegt der Pflegedienstleitung.