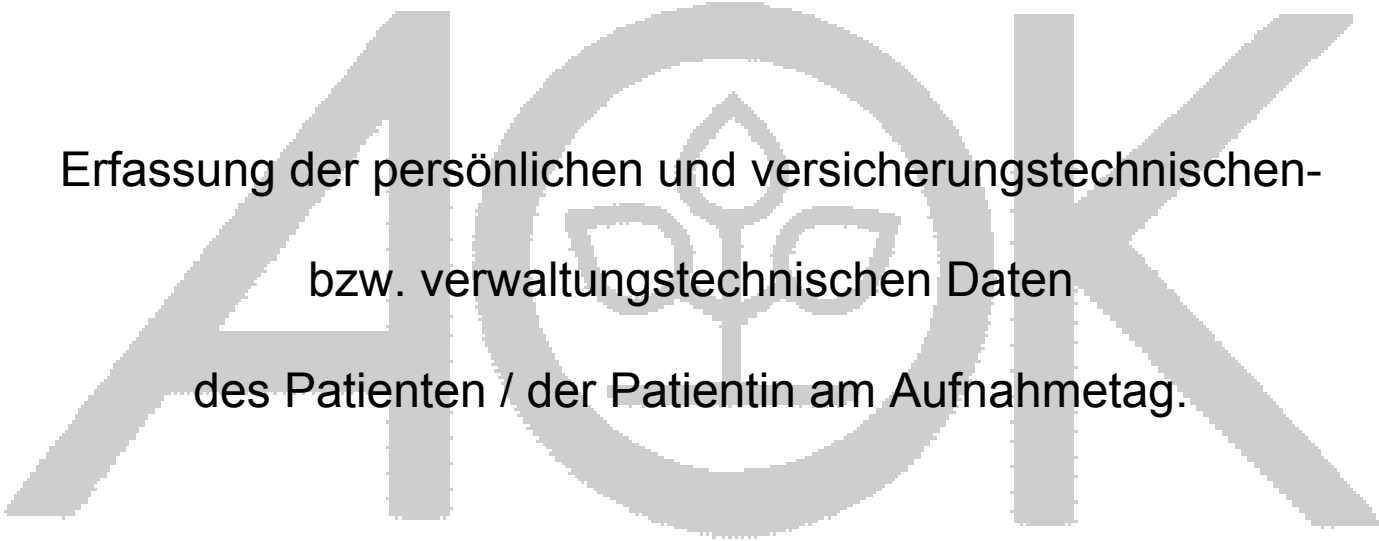


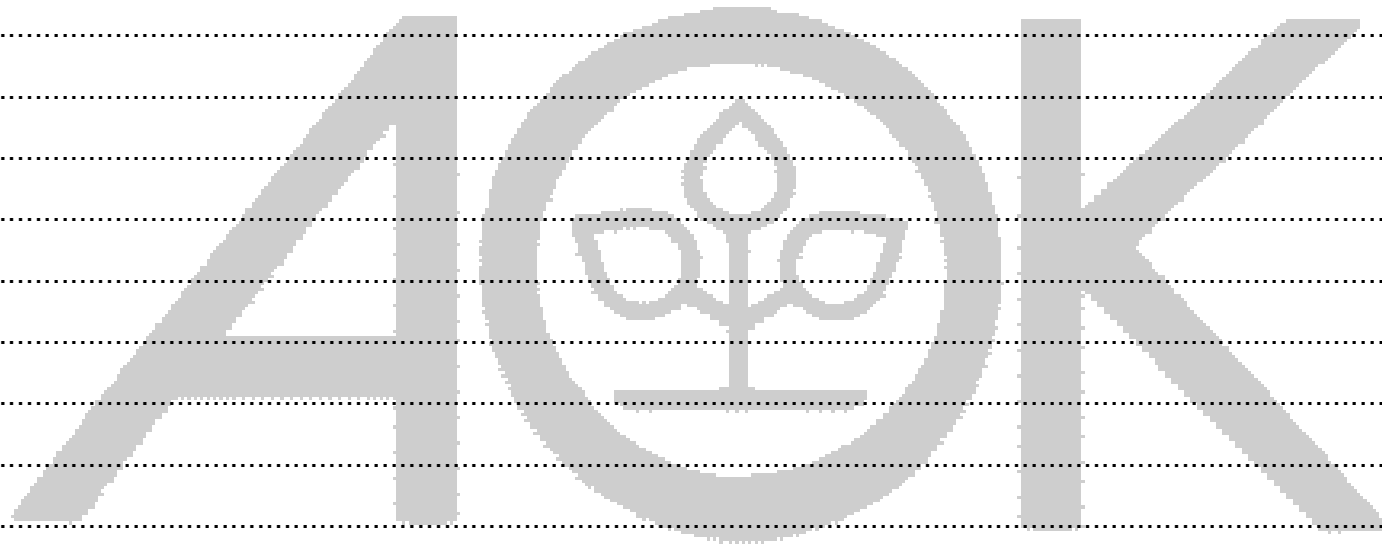
# **Musterpflege- dokumentation**

Fassung: Februar 2004

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



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



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

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

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

unter Mitwirkung von: \_\_\_\_\_

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

## Biografie

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.

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

<b>sich bewegen</b>	<b>vereinbartes Pflegeziel:</b>				
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>			
Ernährungszustand		<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	Mahlzeiten (Anzahl pro Tag)	Diät:	Nahrungsunverträglichkeit / Allergie		Besonderheiten bevorzugte Speisen / Getränke
Nahrungsaufnahme		<input type="checkbox"/> Essen, oral	<input type="checkbox"/> Trinken, oral	<input type="checkbox"/> Ernährungssonde	
<b>Essen</b> IST-Kalorienmenge pro Tag	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung / Beaufsichtigung
<b>Trinken</b> IST-Flüssigkeitsmenge pro Tag	<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? ..... IST-Kalorienmenge pro Tag	<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 einschließlich soziales Umfeld		behindertengerecht / barrierefrei <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil	Besonderheiten	

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

<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: \_\_\_\_\_

Seite: 7

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

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

unter Mitwirkung von: \_\_\_\_\_

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 und die Pflegebedarfsermittlung können im Erstgespräch 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.

**Beachte:** Grundsätzlich soll die Pflegeanamnese von einer Pflegefachkraft erhoben werden.

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

<b>Ruhen und Schlafen</b>		
notwendige Maßnahme wird ausgeführt von <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Privater Pflegeperson (PP) ..... Name	notwendige Maßnahme und deren Häufigkeit innerhalb der Pflegeplanung beschrieben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil .....	PP / Angehörige / sonstige Personen in der Ausführung der Maßnahme angeleitet <input type="checkbox"/> ja, am ..... von ..... <input type="checkbox"/> nein, weil ..... .....
<b>sich bewegen</b>		
notwendige Maßnahme wird ausgeführt von <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Privater Pflegeperson (PP) ..... Name	notwendige Maßnahme und deren Häufigkeit innerhalb der Pflegeplanung beschrieben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil .....	PP / Angehörige / sonstige Personen in der Ausführung der Maßnahme angeleitet <input type="checkbox"/> ja, am ..... von ..... <input type="checkbox"/> nein, weil ..... .....
<b>sich waschen und kleiden</b>		
notwendige Maßnahme wird ausgeführt von <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Privater Pflegeperson (PP) ..... Name	notwendige Maßnahme und deren Häufigkeit innerhalb der Pflegeplanung beschrieben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil .....	PP / Angehörige / sonstige Personen in der Ausführung der Maßnahme angeleitet <input type="checkbox"/> ja, am ..... von ..... <input type="checkbox"/> nein, weil ..... .....
<b>Essen und Trinken</b>		
notwendige Maßnahme wird ausgeführt von <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Privater Pflegeperson (PP) ..... Name	notwendige Maßnahme und deren Häufigkeit innerhalb der Pflegeplanung beschrieben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil .....	PP / Angehörige / sonstige Personen in der Ausführung der Maßnahme angeleitet <input type="checkbox"/> ja, am ..... von ..... <input type="checkbox"/> nein, weil ..... .....

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

Seite: 1

## Pflegekoordination

<b>Ausscheiden</b>		
notwendige Maßnahme wird ausgeführt von <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Privater Pflegeperson (PP) ..... Name	notwendige Maßnahme und deren Häufigkeit innerhalb der Pflegeplanung beschrieben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil .....	PP / Angehörige / sonstige Personen in der Ausführung der Maßnahme angeleitet <input type="checkbox"/> ja, am ..... von ..... <input type="checkbox"/> nein, weil ..... .....
<b>Aufrechterhalten der Vitalfunktionen</b>		
notwendige Maßnahme wird ausgeführt von <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Privater Pflegeperson (PP) ..... Name	notwendige Maßnahme und deren Häufigkeit innerhalb der Pflegeplanung beschrieben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil .....	PP / Angehörige / sonstige Personen in der Ausführung der Maßnahme angeleitet <input type="checkbox"/> ja, am ..... von ..... <input type="checkbox"/> nein, weil ..... .....
<b>für Sicherheit sorgen</b>		
notwendige Maßnahme wird ausgeführt von <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Privater Pflegeperson (PP) ..... Name	notwendige Maßnahme und deren Häufigkeit innerhalb der Pflegeplanung beschrieben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil .....	PP / Angehörige / sonstige Personen in der Ausführung der Maßnahme angeleitet <input type="checkbox"/> ja, am ..... von ..... <input type="checkbox"/> nein, weil ..... .....
<b>sich beschäftigen</b>		
notwendige Maßnahme wird ausgeführt von <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Privater Pflegeperson (PP) ..... Name	notwendige Maßnahme und deren Häufigkeit innerhalb der Pflegeplanung beschrieben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil .....	PP / Angehörige / sonstige Personen in der Ausführung der Maßnahme angeleitet <input type="checkbox"/> ja, am ..... von ..... <input type="checkbox"/> nein, weil ..... .....

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

Seite: 2

## Pflegekoordination

<b>kommunizieren</b>		
notwendige Maßnahme wird ausgeführt von <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Privater Pflegeperson (PP) ..... Name	notwendige Maßnahme und deren Häufigkeit innerhalb der Pflegeplanung beschrieben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil .....	PP / Angehörige / sonstige Personen in der Ausführung der Maßnahme angeleitet <input type="checkbox"/> ja, am ..... von ..... <input type="checkbox"/> nein, weil ..... .....
<b>Sinn finden</b>		
notwendige Maßnahme wird ausgeführt von <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Privater Pflegeperson (PP) ..... Name	notwendige Maßnahme und deren Häufigkeit innerhalb der Pflegeplanung beschrieben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil .....	PP / Angehörige / sonstige Personen in der Ausführung der Maßnahme angeleitet <input type="checkbox"/> ja, am ..... von ..... <input type="checkbox"/> nein, weil ..... .....
<b>sich als Mann / Frau fühlen</b>		
notwendige Maßnahme wird ausgeführt von <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Privater Pflegeperson (PP) ..... Name	notwendige Maßnahme und deren Häufigkeit innerhalb der Pflegeplanung beschrieben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil .....	PP / Angehörige / sonstige Personen in der Ausführung der Maßnahme angeleitet <input type="checkbox"/> ja, am ..... von ..... <input type="checkbox"/> nein, weil ..... .....

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

Seite: 3

## Pflegekoordination



<b>Dekubitusprophylaxe</b>		erforderlich <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil	
notwendige Maßnahme wird ausgeführt von <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Privater Pflegeperson (PP)  ..... Name	notwendige Maßnahme und deren Häufigkeit innerhalb der Pflegeplanung beschrieben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil ..... .....	PP / Angehörige / sonstige Personen in der Ausführung der Maßnahme angeleitet  <input type="checkbox"/> ja, am ..... von ..... <input type="checkbox"/> nein, weil ..... .....	
<b>Kontrakturprophylaxe</b>		erforderlich <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil	
notwendige Maßnahme wird ausgeführt von <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Privater Pflegeperson (PP)  ..... Name	notwendige Maßnahme und deren Häufigkeit innerhalb der Pflegeplanung beschrieben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil ..... .....	PP / Angehörige / sonstige Personen in der Ausführung der Maßnahme angeleitet  <input type="checkbox"/> ja, am ..... von ..... <input type="checkbox"/> nein, weil ..... .....	
<b>Pneumonienprophylaxe</b>		erforderlich <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil	
notwendige Maßnahme wird ausgeführt von <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Privater Pflegeperson (PP)  ..... Name	notwendige Maßnahme und deren Häufigkeit innerhalb der Pflegeplanung beschrieben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil ..... .....	PP / Angehörige / sonstige Personen in der Ausführung der Maßnahme angeleitet  <input type="checkbox"/> ja, am ..... von ..... <input type="checkbox"/> nein, weil ..... .....	

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

Seite: 4

## Pflegekoordination

<b>Thromboseprophylaxe</b>		erforderlich <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil	
notwendige Maßnahme wird ausgeführt von <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Privater Pflegeperson (PP)  ..... Name	notwendige Maßnahme und deren Häufigkeit innerhalb der Pflegeplanung beschrieben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil ..... .....	PP / Angehörige / sonstige Personen in der Ausführung der Maßnahme angeleitet  <input type="checkbox"/> ja, am ..... von ..... <input type="checkbox"/> nein, weil ..... .....	
<b>Soor-Parotitis-Prophylaxe</b>		erforderlich <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil	
notwendige Maßnahme wird ausgeführt von <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Privater Pflegeperson (PP)  ..... Name	notwendige Maßnahme und deren Häufigkeit innerhalb der Pflegeplanung beschrieben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil ..... .....	PP / Angehörige / sonstige Personen in der Ausführung der Maßnahme angeleitet  <input type="checkbox"/> ja, am ..... von ..... <input type="checkbox"/> nein, weil ..... .....	
<b>Obstipationsprophylaxe</b>		erforderlich <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil	
notwendige Maßnahme wird ausgeführt von <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Privater Pflegeperson (PP)  ..... Name	notwendige Maßnahme und deren Häufigkeit innerhalb der Pflegeplanung beschrieben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil ..... .....	PP / Angehörige / sonstige Personen in der Ausführung der Maßnahme angeleitet  <input type="checkbox"/> ja, am ..... von ..... <input type="checkbox"/> nein, weil ..... .....	

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

Seite: 5

## Pflegekoordination

<b>Exsikkoseprophylaxe</b>		erforderlich <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil	
notwendige Maßnahme wird ausgeführt von <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Privater Pflegeperson (PP) ..... Name	notwendige Maßnahme und deren Häufigkeit innerhalb der Pflegeplanung beschrieben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil ..... .....	PP / Angehörige / sonstige Personen in der Ausführung der Maßnahme angeleitet <input type="checkbox"/> ja, am ..... von ..... <input type="checkbox"/> nein, weil ..... .....	
<b>Intertrigoprophylaxe</b>		erforderlich <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil	
notwendige Maßnahme wird ausgeführt von <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Privater Pflegeperson (PP) ..... Name	notwendige Maßnahme und deren Häufigkeit innerhalb der Pflegeplanung beschrieben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil ..... .....	PP / Angehörige / sonstige Personen in der Ausführung der Maßnahme angeleitet <input type="checkbox"/> ja, am ..... von ..... <input type="checkbox"/> nein, weil ..... .....	
<b>Sturzprophylaxe</b>		erforderlich <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil	
notwendige Maßnahme wird ausgeführt von <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Privater Pflegeperson (PP) ..... Name	notwendige Maßnahme und deren Häufigkeit innerhalb der Pflegeplanung beschrieben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil ..... .....	PP / Angehörige / sonstige Personen in der Ausführung der Maßnahme angeleitet <input type="checkbox"/> ja, am ..... von ..... <input type="checkbox"/> nein, weil ..... .....	

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

Seite: 6

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

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

unter Mitwirkung von: \_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte/Versicherter / private Pflegeperson

## Pflegekoordination

In der Pflegekoordination wird unter Berücksichtigung der erhobenen Informationen aus der Pflegeanamnese die Zuständigkeit für die Durchführung der Pflegemaßnahmen (professioneller Pflegedienst und / oder private Pflegeperson) dargestellt und nachvollziehbar dokumentiert; d. h. Verantwortlichkeiten innerhalb der pflegerischen Versorgung sind klar zugeordnet.

**Beachte:** Grundsätzlich soll die Pflegekoordination von einer Pflegefachkraft erhoben werden.

Die Prophylaxen sind gezielte pflegerische Maßnahmen zur Verhinderung von Sekundärerkrankungen und entsprechend bei jeder pflegerischen Handlung, insbesondere bei der grundpflegerischen Versorgung, zu berücksichtigen.

Die prophylaktischen Maßnahmen sind so auszuführen, dass die Orientierung an den aktuell geltenden pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen gewährleistet ist.

Die Notwendigkeit von prophylaktischen Maßnahmen und deren fachlich korrekte Ausführung ist regelmäßig zu überprüfen und dem individuellen Pflegebedarf des Patienten / der Patientin anzupassen.

**Beachte:** Prophylaxen sind Bestandteil jeglichen pflegerischen Handelns.

<b>Hauswirtschaftliche Versorgung</b>	erforderlich <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil
notwendige Maßnahmen führt aus: <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Private Pflegeperson (PP) ..... <input type="checkbox"/> sonstige ..... <div style="text-align: right; font-size: small;">Name</div>	

Die hauswirtschaftliche Versorgung umfasst:	Häufigkeit	Häufigkeit	Häufigkeit
<input type="checkbox"/> Reinigen der Wohnung	<input type="checkbox"/> PD	<input type="checkbox"/> PP	<input type="checkbox"/> sonstige
<input type="checkbox"/> Entsorgung des Abfalls	<input type="checkbox"/> PD	<input type="checkbox"/> PP	<input type="checkbox"/> sonstige
<input type="checkbox"/> Grundreinigung der Wohnung	<input type="checkbox"/> PD	<input type="checkbox"/> PP	<input type="checkbox"/> sonstige
<input type="checkbox"/> Kochen	<input type="checkbox"/> PD	<input type="checkbox"/> PP	<input type="checkbox"/> sonstige
<input type="checkbox"/> Zubereitung einer Hauptmahlzeit	<input type="checkbox"/> PD	<input type="checkbox"/> PP	<input type="checkbox"/> sonstige
<input type="checkbox"/> Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit	<input type="checkbox"/> PD	<input type="checkbox"/> PP	<input type="checkbox"/> sonstige
<input type="checkbox"/> Vorratseinkauf	<input type="checkbox"/> PD	<input type="checkbox"/> PP	<input type="checkbox"/> sonstige
<input type="checkbox"/> Besorgung	<input type="checkbox"/> PD	<input type="checkbox"/> PP	<input type="checkbox"/> sonstige
<input type="checkbox"/> Wäschepflege und Ausbesserung	<input type="checkbox"/> PD	<input type="checkbox"/> PP	<input type="checkbox"/> sonstige
<input type="checkbox"/> Bügeln	<input type="checkbox"/> PD	<input type="checkbox"/> PP	<input type="checkbox"/> sonstige
<input type="checkbox"/> Wechseln der Bettwäsche	<input type="checkbox"/> PD	<input type="checkbox"/> PP	<input type="checkbox"/> sonstige
<input type="checkbox"/> Beheizen der Wohnung	<input type="checkbox"/> PD	<input type="checkbox"/> PP	<input type="checkbox"/> sonstige
<input type="checkbox"/> Spülen	<input type="checkbox"/> PD	<input type="checkbox"/> PP	<input type="checkbox"/> sonstige
<input type="checkbox"/> Wechseln / Waschen der Kleidung / Wäsche	<input type="checkbox"/> PD	<input type="checkbox"/> PP	<input type="checkbox"/> sonstige
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PD	<input type="checkbox"/> PP	<input type="checkbox"/> sonstige

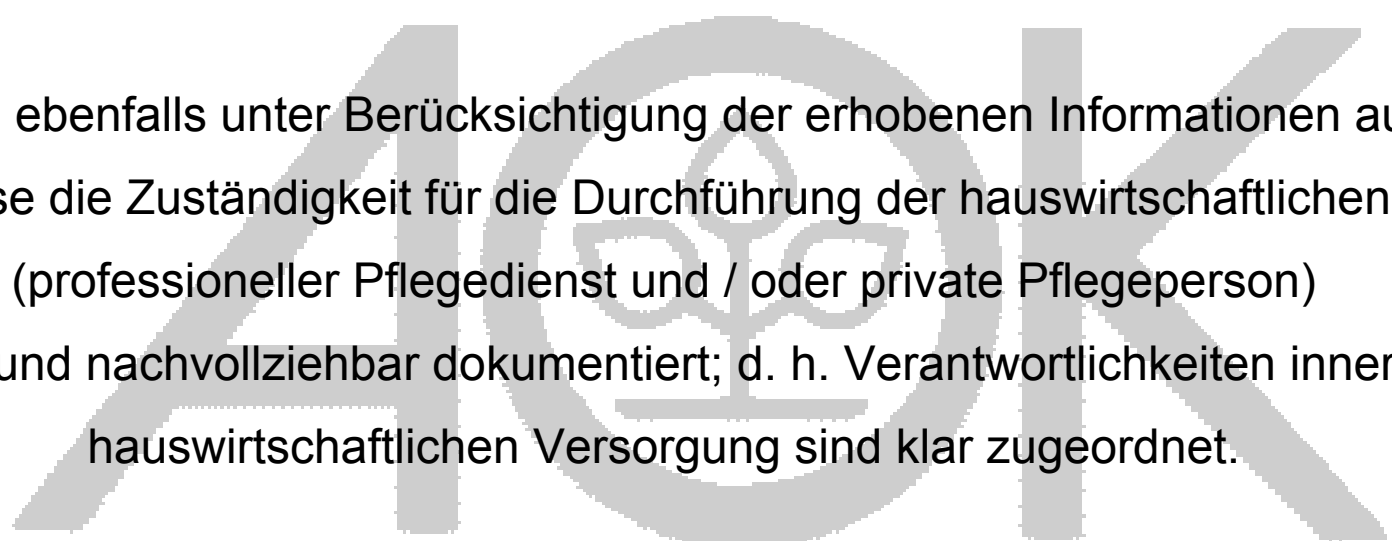
**Name:** \_\_\_\_\_  
**Erhebung durch:** \_\_\_\_\_

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

**unter Mitwirkung von:** \_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte/Versicherter / private Pflegeperson

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

# K o o r d i n a t i o n   hauswirtschaftliche Versorgung



Hier wird ebenfalls unter Berücksichtigung der erhobenen Informationen aus der Pflegeanamnese die Zuständigkeit für die Durchführung der hauswirtschaftlichen Versorgung (professioneller Pflegedienst und / oder private Pflegeperson) dargestellt und nachvollziehbar dokumentiert; d. h. Verantwortlichkeiten innerhalb der hauswirtschaftlichen Versorgung sind klar zugeordnet.



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

Unter Berücksichtigung der situationsbezogenen Daten und der formulierten pflegerischen Zielsetzungen werden die notwendigen pflegerischen Maßnahmen, einschließlich aller notwendigen Prophylaxen, 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; die erforderlichen Prophylaxen sind zu berücksichtigen.

**Beachte:** Es ist sinnvoll die Pflegeprobleme priorisiert zu bearbeiten;  
und pro Pflegeproblem ein Pflegeplanungsblatt zu verwenden.



**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 e**



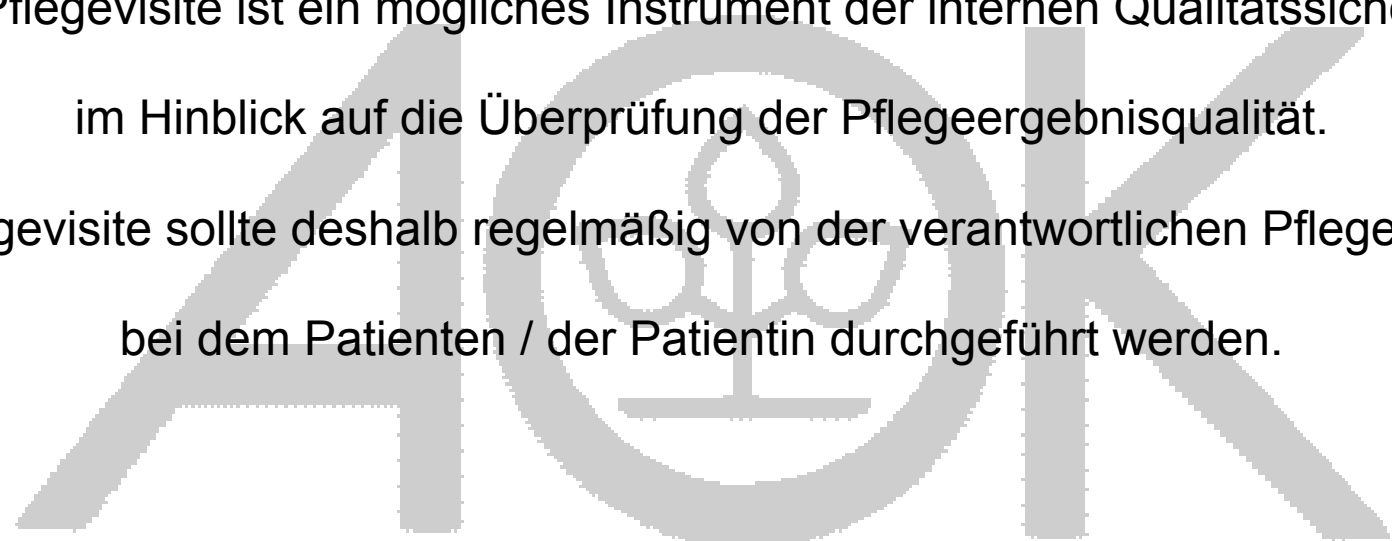
Die Pflegeplanung muss der Entwicklung des Pflegeprozesses  
entsprechend kontinuierlich aktualisiert werden.

<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:** \_\_\_\_\_

## N a c h w e i s   z u r   P f l e g e v i s i t e



Die Pflegevisite ist ein mögliches Instrument der internen Qualitätssicherung  
im Hinblick auf die Überprüfung der Pflegeergebnisqualität.  
Die Pflegevisite sollte deshalb regelmäßig von der verantwortlichen Pflegefachkraft  
bei dem Patienten / der Patientin durchgeführt werden.

**Empfehlung:** Ein standardisierter Verfahrensablauf im Sinne des Pflegeleitbildes des  
Dienstes ist als Grundlage für die Pflegevisite zu erarbeiten.

Dekubitus-Risiko laut Braden-Skala festgestellt:

☐ ja

☐ nein[illegible]

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

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

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

# Mobilisations-Lagerungsplanung

Hier soll jegliche Art von Mobilisation beschrieben und dokumentiert werden,  
z. Bsp.: Hilfe bei der Mobilität im Bett, am Bett, im Raum,  
aktive / passive Bewegungsübungen  
und kann somit als Ergänzung zur Pflegeplanung dienen.

In der Spalte „Besonderheiten“ kann der Einsatz von Hilfsmitteln  
(wie zum Beispiel Kissen, Keile, Rollen, etc.) vermerkt werden.

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



Hier erfolgt der Nachweis über die durchgeführte Mobilisation und/oder Lagerung, die im Hinblick auf die bekannte Dekubitusproblematik eine besondere Bedeutung haben.

**Beachte:**

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





Alle ärztlich verordneten Maßnahmen sollten von der verordnenden Person (Ärztin / Arzt)  
in schriftlicher Form gegeben werden.

Bei telefonisch verordneten Maßnahmen zeichnet die entgegennehmende Pflegefachkraft  
die Verordnung ab; der Name der verordnenden Person ist zu vermerken.

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

Datum	Hdz. Pflege bei telefonischer Anordnung	Arztname bei telefonischer Anordnung	Injektionen / Infusionen	Häufigkeit	Hdz. Arzt	abgesetzt am	Hdz. Arzt

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

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

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

ärztlich verordnete Maßnahme 2

Alle ärztlich verordneten Maßnahmen sollten von der verordnenden Person (Ärztin / Arzt)  
in schriftlicher Form gegeben werden.

Bei telefonisch verordneten Maßnahmen zeichnet die entgegennehmende Pflegefachkraft  
die Verordnung ab; der Name der verordnenden Person ist zu vermerken.

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



Alle ärztlich verordneten Maßnahmen sollten von der verordnenden Person (Ärztin / Arzt)  
in schriftlicher Form gegeben werden.

Bei telefonisch verordneten Maßnahmen zeichnet die entgegennehmende Pflegefachkraft  
die Verordnung ab; der Name der verordnenden Person ist zu vermerken.

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



Alle Verordnungen bezüglich der Medikation sollten von der verordnenden Person (Ärztin / Arzt)  
in schriftlicher Form gegeben werden.

Bei telefonisch verordneter Medikation zeichnet die entgegennehmende Pflegefachkraft  
die Verordnung ab; der Name der verordnenden Person ist zu vermerken.

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

**Empfehlung:** Sollte der verordnete Wirkstoff mit einem anderen Präparatnamen  
verwendet werden als von der Ärztin / dem Arzt verordnet, so ist der  
Präparatname des tatsächlich verabreichten Medikamentes zu  
dokumentieren.



# 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 Ernährungs- 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		
<b>Name:</b>	<b>Erhebungsdatum:</b>		<b>Hdz:</b>	<b>Gesamtpunktzahl:</b>	

Quelle: Inhalt: 'Bradenskala zur Bewertung der Dekubitusrisiken' in: Zegelin, Angelika: Skalen zur Ermittlung des Dekubitusrisikos in: Dekubitus; Herausforderung für Pflegenden. Hrsg. Christel Bienstein et al, Stuttgart, New York: Thieme 1997.

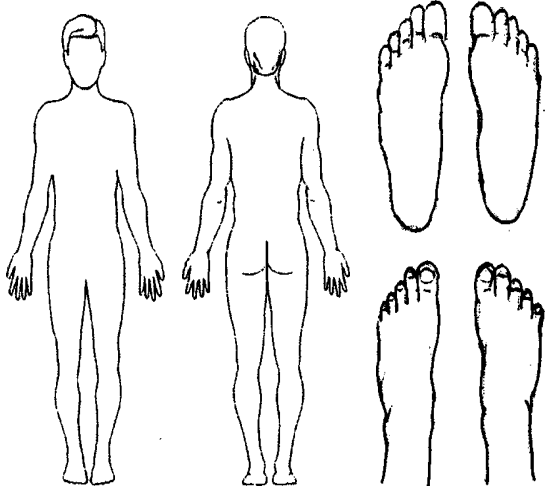
Überarbeitet anhand der Originalvorlage: 'Bradenscale for predicting Pressure Sore Risk'. in: Braden, Barbara, Bergstrom, Nancy: Clinical Utility of the Braden Scale for predicting Pressure Sore Risk. in: Decubitus Vol.2, Nr.3:44-51, 1989



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	<b>Wundgröße</b> 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	<b>Wundtiefe</b> 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"/> abgegrenzt	<input type="radio"/> nicht abgegrenzt	<input type="radio"/> entzündet
<input type="radio"/> massiv exsudierend	<input type="radio"/> rot, sauber, granulierend	<input type="radio"/> rosa, beginnende Epithelisierung	<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

Datum	Wundphase / Stadium (bei Dekubitus)	Wundgröße (Angaben in cm)			Wundbeschreibung (Wundtyp, Exsudat, Wundrand, usw.)	Art und Häufigkeit der Wundversorgung	Hdz
		Länge	Breite	Tiefe			

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

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

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

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

Wundverlauf



Hier sind die Wundverlaufskontrollen regelmäßig zu dokumentieren.

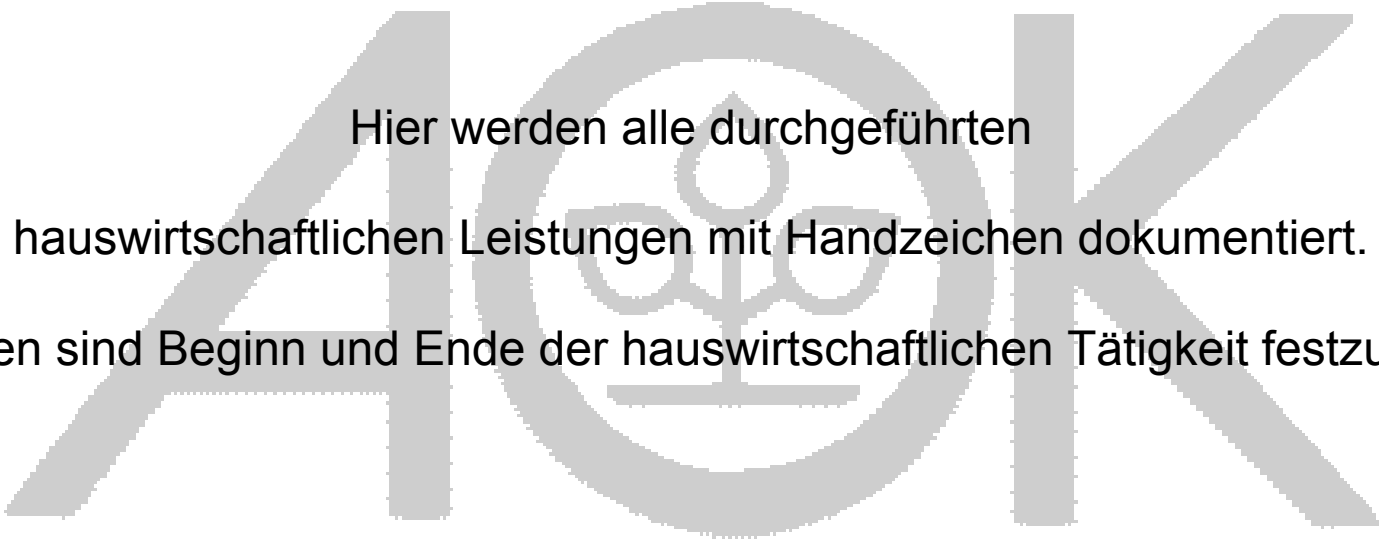
Pro Wunde ist ein Wundhebungsbogen und  
das dazugehörige Wundverlaufsblatt zu führen.



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.

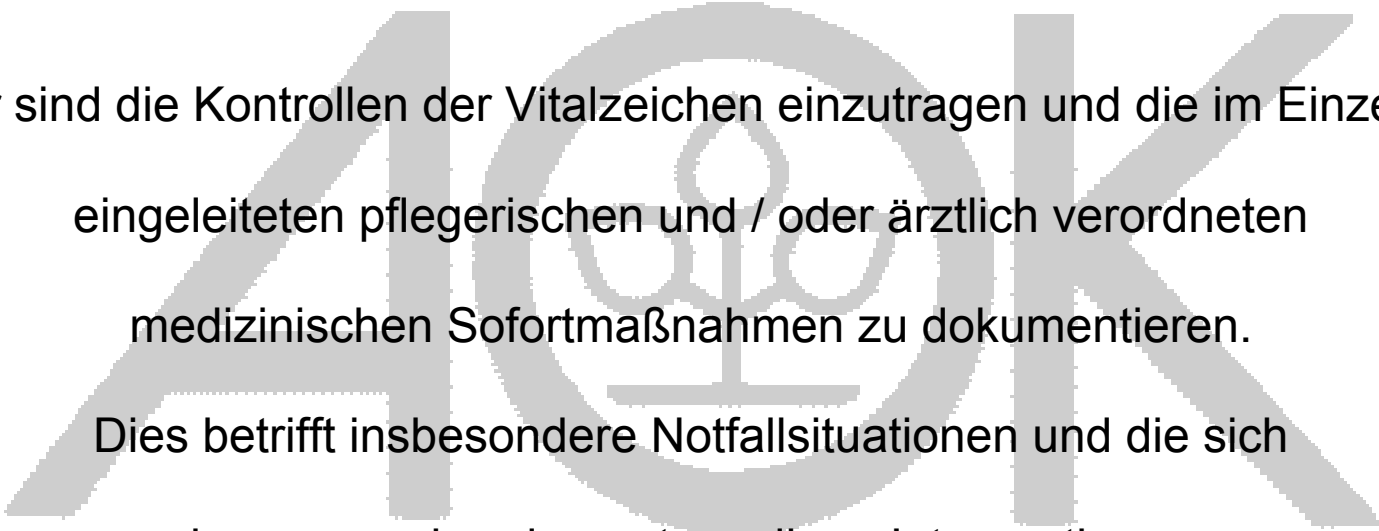






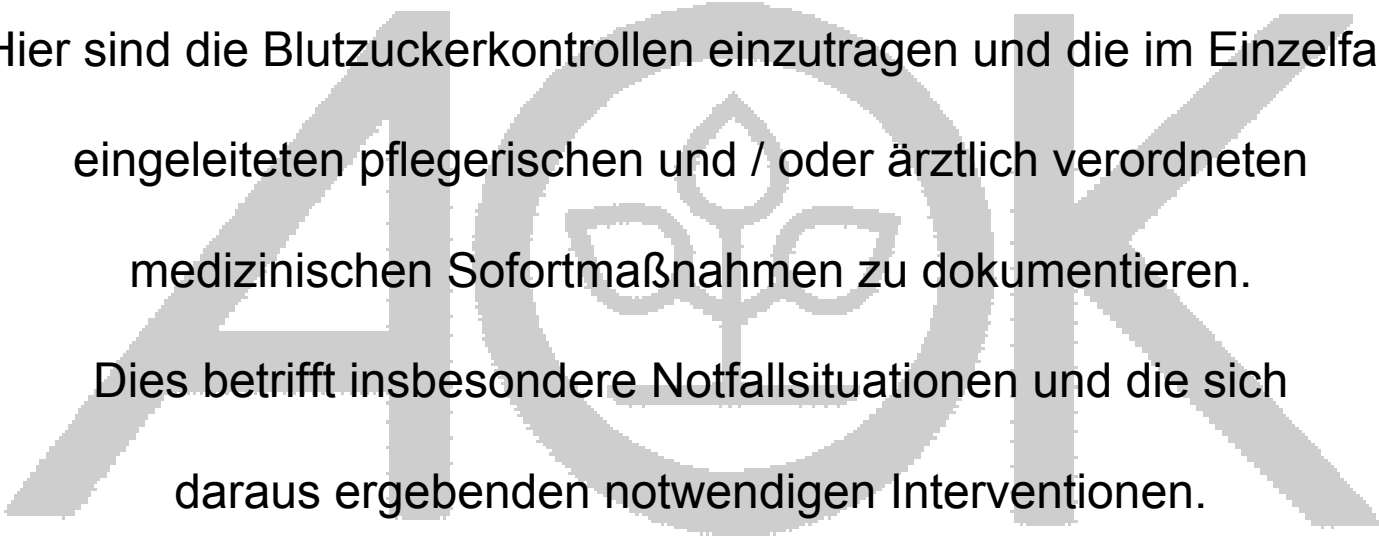
Hier werden alle durchgeführten  
hauswirtschaftlichen Leistungen mit Handzeichen dokumentiert.  
Daneben sind Beginn und Ende der hauswirtschaftlichen Tätigkeit festzuhalten.





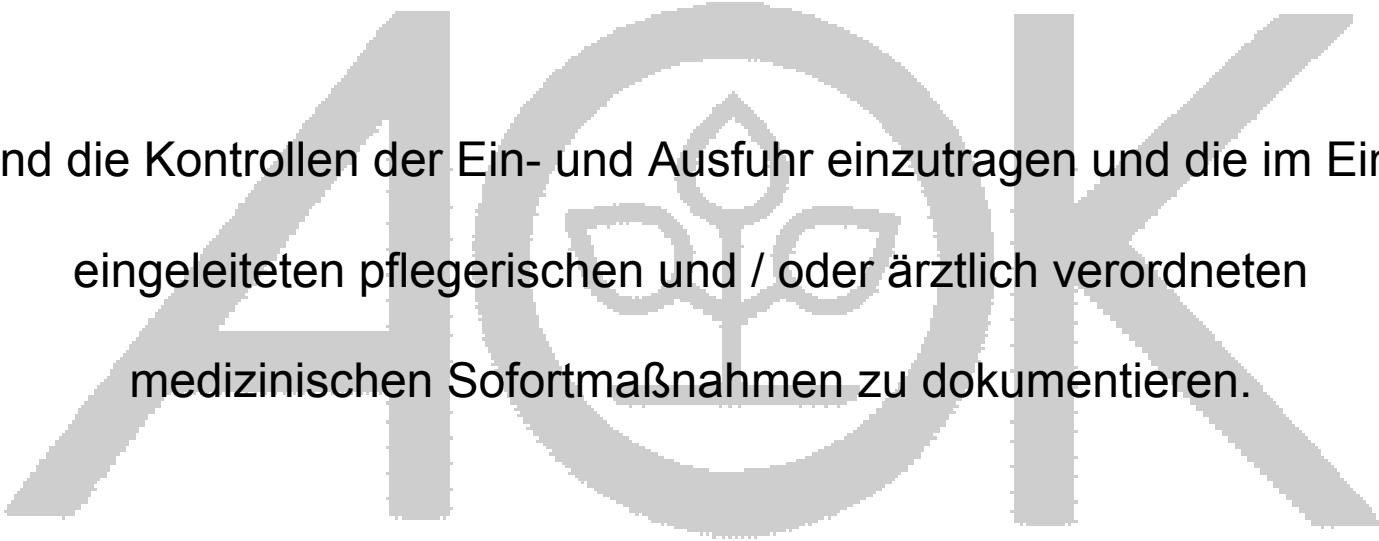
Hier sind die Kontrollen der Vitalzeichen einzutragen und die im Einzelfall  
eingeleiteten pflegerischen und / oder ärztlich verordneten  
medizinischen Sofortmaßnahmen zu dokumentieren.  
Dies betrifft insbesondere Notfallsituationen und die sich  
daraus ergebenden notwendigen Interventionen.





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





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

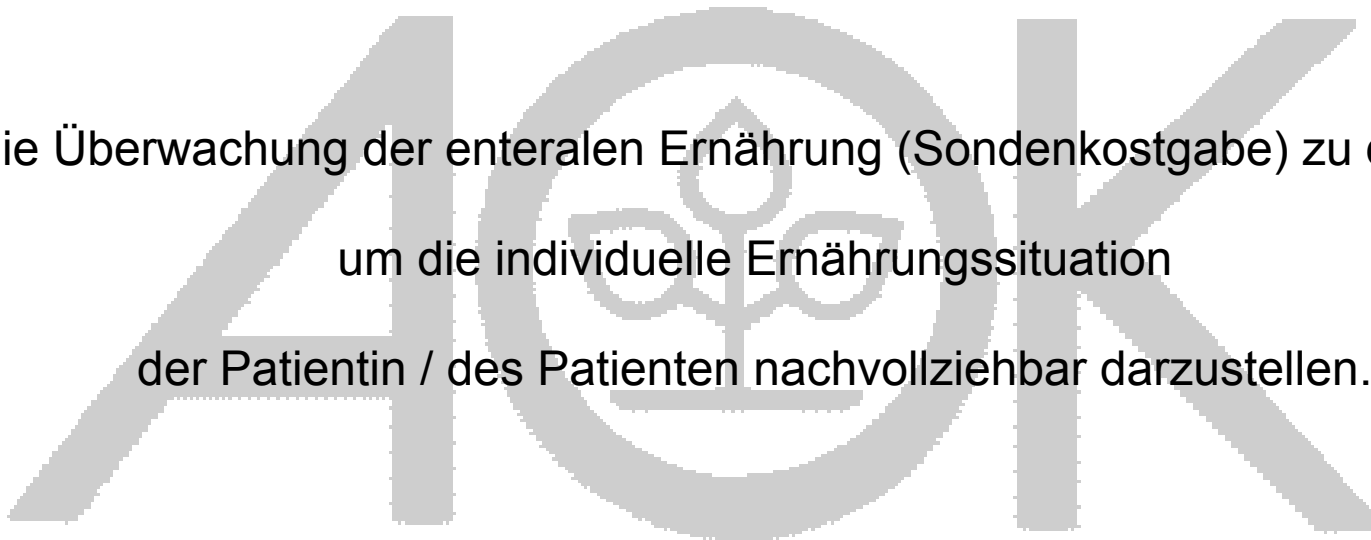




Flüssigkeitsmangel ist die Ursache von Exsikkose und Verwirrheitszuständen,  
deshalb sollte eine ausreichende Menge Flüssigkeit aufgenommen werden;  
i.d.R. sind dies 1,5 bis 2 Liter täglich.

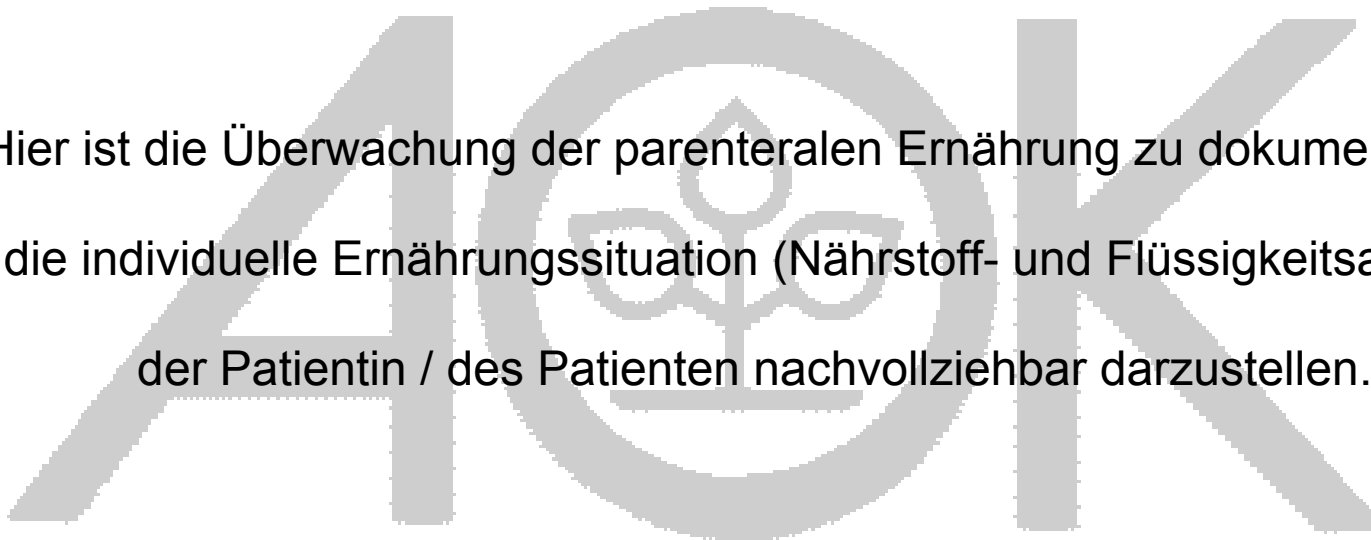
**Beachte:** Bei einem Patienten / einer Patientin, der/die nicht mehr  
eigenverantwortlich eine ausreichende Flüssigkeitsmenge aufnimmt, ist die  
tägliche Trinkmenge zu überwachen und zu dokumentieren.





Hier ist die Überwachung der enteralen Ernährung (Sondenkostgabe) zu dokumentieren,  
um die individuelle Ernährungssituation  
der Patientin / des Patienten nachvollziehbar darzustellen.





Hier ist die Überwachung der parenteralen Ernährung zu dokumentieren,  
um die individuelle Ernährungssituation (Nährstoff- und Flüssigkeitsaufnahme)  
der Patientin / des Patienten nachvollziehbar darzustellen.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Januar																															
Februar																															
März																															
April																															
Mai																															
Juni																															
Juli																															
August																															
September																															
Oktober																															
November																															
Dezember																															

S = Stuhlgang

D = Durchfall

V = Verstopfung

E = Einlauf

A = Abführmittel

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

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

## Überwachung Stuhlgang



Diese Blatt dient ausschließlich einer regelmäßigen Ausscheidungsüberwachung.  
Besonderheiten sind unabhängig davon im Verlaufsbericht 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, d.h. Folgehandlungen aus Ergebnissen und

Beobachtungen müssen erkennbar sein.

Der Verlaufsbericht muss leserlich, mit Datum, Uhrzeit und Handzeichen versehen, kurz und

knapp formuliert sein.

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



Hier wird festgehalten welches Pflegehilfsmittel / Hilfsmittel (Produktname)

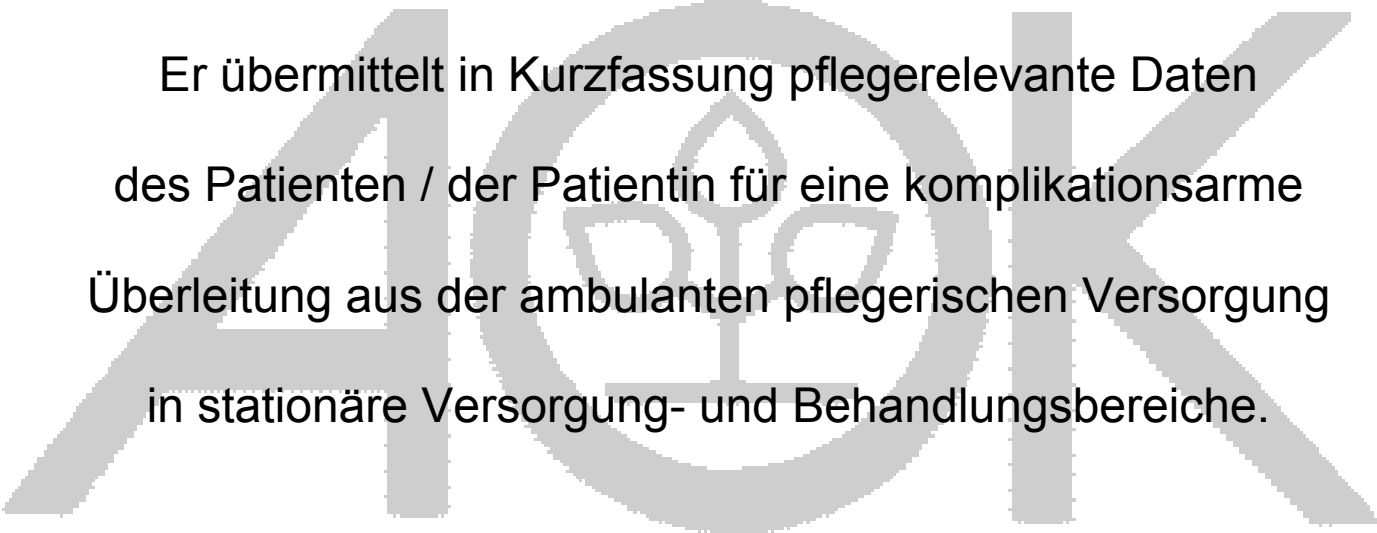
ab welchem Zeitpunkt zum Einsatz gebracht wird und  
wann ggf. eine Rückgabe oder Rücknahme erfolgt ist.

**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:			
(bei Vorliegen mehrerer Wunden ggf. Rückseite benutzen)		Datum:	Unterschrift der erhebenden Pflegekraft:



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: \_\_\_\_\_

# Personelle Besetzung des Pflegedienstes

für den internen Gebrauch

Nr.	Name und Vorname der Mitarbeiterin des Mitarbeiters	Hand- zeichen (Kürzel)	Qualifikation	angestellt oder Aushilfe	Krankenkasse	wöchentliche Arbeitszeit	Beginn der Tätigkeit	Ende der Tätigkeit

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

Unterschrift der PDL: \_\_\_\_\_

# Erläuterungen zur Handhabung der AOK-Musterpflegedokumentation

## **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:**

.....

.....

.....

.....

## **Biografie**

*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 pflegerrelevanten 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.*

**Beachte:** Grundsätzlich soll die Pflegeanamnese von einer Pflegefachkraft erhoben werden.

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:**

.....

.....

.....

.....

## **Pflegekoordination**

*In der Pflegekoordination wird unter Berücksichtigung der erhobenen Informationen aus der Pflegeanamnese die Zuständigkeit für die Durchführung der Pflegemaßnahmen (professioneller Pflegedienst und / oder private Pflegeperson) dargestellt und nachvollziehbar dokumentiert; d. h. Verantwortlichkeiten innerhalb der pflegerischen Versorgung sind klar zugeordnet.*

**Beachte:** Grundsätzlich soll die Pflegekoordination von einer Pflegefachkraft erhoben werden.

*Die Prophylaxen sind gezielte pflegerische Maßnahmen zur Verhinderung von Sekundärerkrankungen und entsprechend bei jeder pflegerischen Handlung, insbesondere bei der grundpflegerischen Versorgung, zu berücksichtigen. Die prophylaktischen Maßnahmen sind so auszuführen, dass die Orientierung an den aktuell geltenden pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen gewährleistet ist. Die Notwendigkeit von prophylaktischen Maßnahmen und deren fachlich korrekte Ausführung ist regelmäßig zu überprüfen und dem individuellen Pflegebedarf des Patienten / der Patientin anzupassen.*

## **persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

.....

## **Koordination hauswirtschaftliche Versorgung**

*Hier wird ebenfalls unter Berücksichtigung der erhobenen Informationen aus der Pflegeanamnese die Zuständigkeit für die Durchführung der hauswirtschaftlichen Versorgung (professioneller Pflegedienst und / oder private Pflegeperson) dargestellt und nachvollziehbar dokumentiert; d. h. Verantwortlichkeiten innerhalb der hauswirtschaftlichen Versorgung sind klar zugeordnet.*

## **persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

.....

## **Pflegeplanung**

*Auf Grundlage der Pflegeanamnese werden in Zusammenarbeit mit dem Patienten und / oder dessen Bezugspersonen Ressourcen und Pflegeprobleme 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:**

.....

.....

.....

.....

**Pflegeplanungskontrolle**

*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:**

.....

.....

.....

.....

**Nachweis zur Pflegevisite**

*Die Pflegevisite ist ein mögliches Instrument der internen Qualitätssicherung im Hinblick auf die Überprüfung der Pflegeergebnisqualität. Die Pflegevisite sollte deshalb regelmäßig von der verantwortlichen Pflegefachkraft bei dem Patienten / der Patientin durchgeführt werden.*

**Empfehlung:**      *Ein standardisierter Verfahrensablauf im Sinne des Pflegeleitbildes des Dienstes ist als Grundlage für die Pflegevisite zu erarbeiten.*

**persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

.....

.....

## **Mobilisations- und Lagerungsplanung**

*Hier soll jegliche Art von Mobilisation beschrieben und dokumentiert werden, z. Bsp.: Hilfe bei der Mobilität im Bett, am Bett, im Raum, aktive / passive Bewegungsübungen und kann somit als Ergänzung zur Pflegeplanung dienen.*

*In der Spalte „Besonderheiten“ kann der Einsatz von Hilfsmitteln (wie zum Beispiel Kissen, Keile, Rollen, etc.) vermerkt werden.*

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

Es wurden keine Mobilisationsarten vorgegeben, um einerseits den individuellen Bedarf des Patienten / der Patientin nicht einzuschränken und andererseits dem PD innerhalb des Bereiches Mobilisation genügend Freiraum zu lassen.

### **persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

.....

## **Mobilisations- und Lagerungsprotokoll**

*Hier erfolgt der Nachweis über die durchgeführte Mobilisation und/oder Lagerung, die im Hinblick auf die bekannte Dekubitusproblematik eine besondere Bedeutung haben.*

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

### **persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## **ärztlich verordnete Maßnahme 1 bis 3**

*Alle ärztlich verordneten Maßnahmen sollten von der verordnenden Person (Ärztin / Arzt) in schriftlicher Form gegeben werden.*

*Bei telefonisch verordneten Maßnahmen zeichnet die entgegennehmende Pflegefachkraft die Verordnung ab; der Name der verordnenden Person ist zu vermerken.*

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

Bezüglich der ärztlichen Verordnung haben wir uns aus Gründen der Übersichtlichkeit für drei getrennte Blätter entschieden. Für ärztlich verordnete behandlungspflegerische Maßnahmen, wie zum Beispiel die Wundversorgung steht so mehr Platz zur Verfügung.

### **persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

.....

.....

## **ärztlich verordnete Medikation**

*Alle Verordnungen bezüglich der Medikation sollten von der verordnenden Person (Ärztin / Arzt) in schriftlicher Form gegeben werden. Bei telefonisch verordneter Medikation zeichnet die entgegennehmende Pflegefachkraft die Verordnung ab; der Name der verordnenden Person ist zu vermerken. Zur Absicherung des Pflegepersonals sollte eine Faxbestätigung von der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt eingeholt werden oder baldmöglichst deren / dessen Unterschrift auf dem Formblatt erfolgen*

**Empfehlung:** *Sollte der verordnete Wirkstoff mit einem anderen Präparatnamen verwendet werden als von der Ärztin / dem Arzt verordnet, so ist der Präparatname des tatsächlich verabreichten Medikamentes zu dokumentieren.*

### **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 Wunderhebungsbogen 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:**

.....

.....

.....

.....

**Überwachung Vitalzeichen**

*Hier sind die Kontrollen der Vitalzeichen einzutragen und die im Einzelfall eingeleiteten pflegerischen und / oder ärztlich verordneten medizinischen Sofortmaßnahmen zu dokumentieren.*

*Dies betrifft insbesondere Notfallsituationen und die sich daraus ergebenden notwendigen Interventionen.*

**persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

.....

## Überwachung Blutzucker

*Hier sind die Blutzuckerkontrollen einzutragen und die im Einzelfall eingeleiteten pflegerischen und / oder ärztlich verordneten medizinischen Sofortmaßnahmen zu dokumentieren.*

*Dies betrifft insbesondere Notfallsituationen und die sich daraus ergebenden notwendigen Interventionen.*

**persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

.....

## Überwachung Ein- und Ausfuhr

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

**persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

.....

## Überwachung Flüssigkeitsaufnahme

*Flüssigkeitsmangel ist die Ursache von Exsikkose und Verwirrtheitszuständen, deshalb sollte eine ausreichende Menge Flüssigkeit aufgenommen werden; i.d.R. sind dies 1,5 bis 2 Liter täglich.*

**Beachte:** *Bei einem Patienten / einer Patientin, der/die nicht mehr eigenverantwortlich eine ausreichende Flüssigkeitsmenge aufnimmt, ist die tägliche Trinkmenge zu überwachen und zu dokumentieren.*

**persönliche Notizen:**

.....

.....

.....



## **Überwachung enterale Ernährung / Sondenkost**

*Hier ist die Überwachung der enteralen Ernährung (Sondenkostgabe) zu dokumentieren, um die individuelle Ernährungssituation der Patientin / des Patienten nachvollziehbar darzustellen.*

**persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

.....

.....

## **Überwachung parenterale Ernährung**

*Hier ist die Überwachung der parenteralen Ernährung zu dokumentieren, um die individuelle Ernährungssituation (Nährstoff- und Flüssigkeitsaufnahme) der Patientin / des Patienten nachvollziehbar darzustellen.*

**persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

.....

.....

## **Überwachung Stuhlgang**

*Diese Blatt dient ausschließlich einer regelmäßigen Ausscheidungsüberwachung. Besonderheiten sind unabhängig davon im Verlaufsbericht zu dokumentieren.*

**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, d.h. Folgehandlungen aus Ergebnissen und Beobachtungen müssen erkennbar sein. Der Verlaufsbericht muss leserlich, mit Datum, Uhrzeit und Handzeichen versehen, kurz und knapp formuliert sein.*

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

**persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

.....

## **Hilfsmittel**

*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, kann aber in dieser Form zur Information für Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen eingesetzt werden.*

**persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

.....

**Besetzungsliste**

*Diese ist nicht Inhalt der Pflegedokumentation. Sie muss aber vom Pflegedienst vollständig geführt und regelmäßig aktualisiert werden.*

**persönliche Notizen:**

.....

.....

.....

.....