



Musterdokumentation für die ambulante Pflege

Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit
des Landes Rheinland-Pfalz



Hinweise:

Die Musterdokumentation ist im Internet unter www.masfg.rlp.de auf der Startseite oder unter www.menschen-pflegen.de abrufbar und kann als pdf-Datei heruntergeladen werden.

Bitte beachten Sie den folgenden Hinweis zu den Nutzungsrechten:

„Die Rechte an der Muster-Pflegedokumentation liegen beim Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz. Eine Nutzung der Musterdokumentation zu nicht kommerziellen Zwecken durch Dritte ist zulässig. Eine Veröffentlichung durch Dritte bedarf der vorherigen Zustimmung des Ministeriums. Eine Nutzung der Musterdokumentation zu kommerziellen Zwecken (gegen Entgelt) ist unzulässig.“

IMPRESSUM

Herausgeber: Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit,
Referat für Reden und Öffentlichkeitsarbeit
Bauhofstraße 9, 55116 Mainz
www.masfg.rlp.de, www.menschen-pflegen.de
Broschürentelefon: 06131/16-2016
(Bürgerservice-Telefon: 0800/1181387)

Stand: 10.02.2006

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Rheinland-Pfalz herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch Wahlbewerberinnen und Wahlbewerbern oder Wahlhelferinnen und Wahlhelfern im Zeitraum von sechs Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Kommunal-, Landtags-, Bundestags- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.

Geleitwort

„Wir müssen viel zu viel dokumentieren,
uns fehlt die Zeit für die Pflege der Patienten!“
„Können Sie Abhilfe schaffen?“



Meine Besuche in stationären Pflegeeinrichtungen und bei ambulanten Pflegediensten haben mir in den vergangenen Jahren immer wieder Gelegenheit gegeben, mich mit Pflegekräften auszutauschen. Sowohl in den stationären Einrichtungen als auch bei den ambulanten Diensten wurde ich von vielen Fachkräften darauf aufmerksam gemacht, dass die Dokumentation in der Pflege dringend zu entbürokratisieren sei.

Die von mir im Rahmen meiner Initiative „Menschen pflegen“ eingesetzte Arbeitsgruppe „Bürokratie in der Pflege“ erhielt deshalb schon bald den Auftrag, eine Musterdokumentation für die Pflege zu erarbeiten. Meine Vorgaben waren: „Es muss ein einfach zu handhabender Formularsatz entwickelt werden, der alle Funktionen einer Dokumentation erfüllt, gleichzeitig aber unnötige Schreibarbeiten einspart und somit Ressourcen für die Pflege freisetzt.“

Zunächst wurde eine Musterdokumentation für die stationäre Pflege erarbeitet, die seit Sommer 2004 in vielen Einrichtungen mit Erfolg eingesetzt wird.

Unter Federführung des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) und mit Unterstützung durch praxiserfahrene Pflegekräfte, durch Vertreterinnen und Vertreter der Leistungsanbieter, der Pflegekassen und des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen in Rheinland-Pfalz konnte anschließend auch eine Musterdokumentation für die ambulante Pflege erarbeitet werden.

Der Musterformularsatz, der ohne weiteren Aufwand von den Pflegekräften in den täglichen Pflegeprozess zu integrieren ist, reduziert den Aufwand an dokumentarischer Arbeit. Darüber hinaus ist er aber auch eine hilfreiche Grundlage für eine fachlich qualifizierte Pflege und Betreuung. Die in den Formularen vorgegebenen Vereinfachungen der Dokumentation erfordern von jedem Nutzer allerdings ein besonderes Verantwortungsbewusstsein. Sie setzen voraus, dass der Pflegeprozess regelmäßig durch eine Pflegefachkraft gesteuert wird und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Anwendung der Dokumentation geschult werden.

Für die ambulanten Pflegedienste des Landes Rheinland-Pfalz besteht keine Verpflichtung, die nun vorliegende Musterdokumentation einzuführen. Wir stellen Ihnen damit jedoch ein Angebot zur Verfügung, das - in Abstimmung mit den Pflegekassen, der Prüfeinrichtung MDK und den führenden Verbänden – auf einem breiten fachlichen Konsens beruht.

Mein Dank gilt allen Vertreterinnen und Vertretern der beteiligten Institutionen, die dieses Projekt durch ihren ausdauernden und engagierten Einsatz realisiert haben. Einen besonderen Dank richte ich an die ambulanten Pflegedienste, die in der vorangestellten vierwöchigen Testphase die Formulareätze auf deren Anwendbarkeit geprüft und hilfreiche Ratschläge aus der Praxis gegeben haben.

Nach einer „Erprobungsphase“ von rund einem Jahr werden wir für die Anwender und auch die interessierten Pflegedienste einen Workshop veranstalten, um die Erfahrungen mit der Dokumentation zu diskutieren und für deren mögliche Weiterentwicklung auszuwerten.

Es ist klar, dass wir in der Pflege auf die sorgfältige Dokumentation nicht verzichten können, denn sie ist vor allem ein Instrument zur Sicherung der Qualität. Ebenso klar ist aber auch, dass die tägliche "Schreibarbeit" reduziert werden kann und auch muss, damit den Pflegekräften wieder mehr Zeit für die praktische Pflege zur Verfügung steht. Deshalb habe ich die Kritik an der Bürokratie in der Pflege sehr ernst genommen und gemeinsam mit den Partnerinnen und Partnern im Fachbereich Pflege eine Dokumentationsform entwickelt, die ihnen Ihre anspruchsvolle Arbeit hoffentlich erleichtern wird.



Malu Dreyer
Ministerin für Arbeit, Soziales,
Familie und Gesundheit
des Landes Rheinland-Pfalz

ERLÄUTERUNGEN ZUR „MUSTERDOKUMENTATION AMBULANT“

Musterdokumentation

Die vorliegende Musterdokumentation umfasst zwei Teile, eine **Checkliste** und **Musterformulare**, die den Pflegeprozess abbilden.

Checkliste

Die Checkliste dient zum einen der „Selbstüberprüfung“ von Teilen bereits verwendeter Dokumentationsformulare und zum anderen enthält sie ergänzende Erläuterungen zur Verwendung der Musterformulare.

„Selbstüberprüfung“

Mit der erarbeiteten Checkliste kann jeder ambulante Pflegedienst sein bisheriges Dokumentationssystem überprüfen und anhand der Hinweise und Empfehlungen entscheiden, ob die derzeit genutzte Dokumentation diesen Anforderungen genügt, oder ob Ergänzungen erfolgen müssen. Für Ihre persönlichen Anmerkungen ist in der letzten Spalte entsprechender Platz vorgesehen.

Darüber hinaus enthält die Checkliste Hinweise und Empfehlungen zu Prozess- und Ergebniskriterien. Die Empfehlungen zur zeitlichen Umsetzung der Pflegedokumentation sollen dem Anspruch auf größere Praktikabilität gerecht werden. Nutzen Sie ein EDV-gestütztes System, so können die Kriterien selbstverständlich auch dort abgebildet werden.

Musterformulare

Die Musterformulare können als ganzes Paket übernommen oder auch nur teilweise genutzt werden. Sie bilden nur einen Teil der Pflegedokumentation ab und beschränken sich im Wesentlichen auf den Pflegeprozess. Gegebenenfalls müssen sie durch andere, bereits vorhandene Formulare ergänzt werden.

Die Musterformulare sind nicht in jedem Fall selbsterklärend. Daher organisieren die Verbände der Leistungserbringer eigenverantwortlich die Präsentation der Musterdokumentation und die Schulung der Anwender.

Übersicht über die von der Arbeitsgruppe erarbeiteten Musterformulare:

Name	Besonderheiten/ Anwendung
Stammblatt	Alle erforderlichen Stammdaten sind auf einen Blick zu erkennen.
Pflegeunterbrechung	Das Formular kann genutzt werden, wenn der dafür vorgesehene Platz auf dem Stammblatt nicht ausreicht.
Hilfsmittel/ Leihgeräte	Das Formular kann genutzt werden, wenn der dafür vorgesehene Platz auf dem Stammblatt nicht ausreicht.
Pflegeanamnese und Biografie (mit Rückseite für Freitext) nach den AEDL	<p>Fragen zur Anamnese - Ressourcen, Wünsche und Gewohnheiten - <i>die grau hinterlegten Bereiche des Formulars</i> können zur möglichen Selbstauffüllung dem Pflegebedürftigen/Angehörigen weitergegeben werden.</p> <p>Der Hilfebedarf und die Zuständigkeiten in der Versorgung werden durch die Pflegefachkraft festgestellt.</p> <p>Die Notwendigkeit zur Übernahme der Ergebnisse in den individuellen Ablaufplan und/ oder die Pflegeplanung wird übersichtlich zur späteren Weiterbearbeitung dokumentiert.</p>
Pflegeplanung	Auf die übliche Darstellung der Maßnahmen an dieser Stelle wurde verzichtet. Die Maßnahmen, die der Pflegedienst ausführt, finden sich im individuellen Ablaufplan.
Individueller Ablaufplan	<p>Für jede Versorgung wird der konkrete Ablauf mit dem Pflegebedürftigen vereinbart und handlungsanleitend beschrieben.</p> <p>Wenn keine Abweichungen im Pflegebericht dokumentiert werden, wird von der Durchführung der vereinbarten Maßnahmen ausgegangen. Der Leistungsnachweis reicht zur Durchführungskontrolle.</p>
Berichteblatt	Pflegeverlauf, Besonderheiten (z.B. Sturz etc.), Handlungen und sich daraus ergebende Veränderungen z.B. in dem individuellen Ablaufplan oder der Pflegeplanung werden dokumentiert.

Checkliste

Nr.:	Struktur	Prozess	Ergebnis	Empfehlungen/ Kommentare	Ja/Nein?	
1.	Stammdaten	Erfassung personenbezogener und abrechnungstechnischer Daten des Patienten.	<ul style="list-style-type: none"> - Die Erfassung erfolgt beim Erstgespräch/Pflegeanamnese - Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> - Angaben zur Person und Angehörigen - Versicherungsdaten - Kostenübernahmeregelungen - Pfliegerrelevante medizinische Diagnosen - Allergien und Unverträglichkeiten - Kostform/Diät - Hilfsmiteleinsetz - medizinische, therapeutische, soziale Versorgungssituation - Aufenthalte in Einrichtungen z.B. KH oder Kurzzeitpflege - Beginn der Betreuung - Datum Erstbesuch - Hausarzt/ Facharzt - Hilfsmittel - Pflegestufe 	<p>Werden keine Angaben vom Patienten und/oder dessen Angehörigen gemacht, ist dies eindeutig zu kennzeichnen.</p> <p>Aktualisierung und Ergänzung nach Bedarf mit Datum und Handzeichen</p>	1	

1 Hier kann durch Abhaken gekennzeichnet werden, ob die aufgeführten Inhalte mit Ihrer Dokumentation erreicht werden können.

Nr.:	Struktur	Prozess	Ergebnis	Empfehlungen/ Kommentare	Ja/Nein?	
2.	Biographie	Wichtige Hinweise zur Lebensgeschichte des Patienten werden nach den Möglichkeiten und in dem vom Patienten gewünschten Maße erhoben. Dabei wird Rücksicht auf die Situation des Patienten genommen und unter Umständen eine Erhebung zu Beginn des pflegerischen Auftrages verschoben auf einen dem Patienten angemessenen Zeitpunkt.	<p>Relevante Informationen zu den Gewohnheiten des Betroffenen sind dokumentiert.</p> <p>Diese Informationen sind auch Ergebnisse von Beobachtung und Wahrnehmung durch Fachpersonal oder durch Angehörige.</p> <p>Ein gesondertes Formular ist nicht zwingend vorgeschrieben. Die Angaben können auch im Rahmen der Pflegeanamnese bzw. der Pflegeprozessplanung erfasst werden.</p>	<p>Wünscht ein Patient keine Biographie oder ist nicht in der Lage entsprechende Angaben zu machen, so ist dies eindeutig in der Dokumentation zu vermerken.</p> <p>Aus fachlicher Sicht ist insbesondere bei Patienten mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen die Erstellung einer Biografie wichtig.</p> <p>Weitere für die Versorgung relevante Biografiedaten können am Ende der Pflegeanamnese unter „weitere biografische Daten“ abgebildet werden.</p>		
3.	Pflegeanamnese	Durch die Pflegeanamnese werden pflegerelevante Daten unter Berücksichtigung des einrichtungsspezifischen Pflege-modells erhoben. Die Pflegeanamnese bildet die Grundlage zur Erhebung der Ressourcen, Pflegeprobleme und der Pflegemaßnahmen und damit für die Pflegeprozessplanung.	<p>Alle pflegerelevanten Informationen fließen in die Pflegeprozessplanung ein und werden zusammen mit dem Patienten und eventuell den Angehörigen und anderen an der Pflege Beteiligten erhoben.</p> <p>Die Pflegeanamnese wird von Pflegefachkräften erhoben.</p> <p><u>Kriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - die Gesundheits- und Krankengeschichte des Patienten ist schriftlich erhoben - persönliche Gewohnheiten sind erfasst - eine Beschreibung der Ist-Situation ist dokumentiert und wird anhand eines systematischen Erhebungsverfahrens durchgeführt 	<p>Gegebenenfalls wird nach einiger Zeit die Wiederholung oder Ergänzung der Anamnese erforderlich, bedingt durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbesserungen des Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen. - Gravierende Verschlechterungen oder - einen längeren stationären Aufenthalt. <p>Termin: innerhalb von 3 Einsatztagen</p> <p>Die grau hinterlegten Felder der Pflegeanamnese können vom Pflegebedürftigen oder seinen Angehörigen ausgefüllt werden (gegebenenfalls kann der Pflegedienst hier Unterstützung leisten).</p> <p>Der Hilfebedarf wird in der Pflegeanamnese angekreuzt, die individuellen Hilfen werden im individuellen Tagesablauf beschrieben.</p>		

Nr.:	Struktur	Prozess	Ergebnis	Empfehlungen/ Kommentare	Ja/Nein?
4.	<p>Pflegeprozessplanung</p> <p>Fähigkeiten Ressourcen, Probleme, Ziele, geplante Maßnahmen und die Evaluation der Ergebnisse</p>	<p>Die Pflegeplanung orientiert sich an den Inhalten der Pflegeanamnese</p> <p>Sie wird möglichst zusammen mit dem Patienten entwickelt und regelmäßig auf die Wirksamkeit überprüft (z.B. im Rahmen der Evaluation bei den Einsätzen oder der Pflegevisite). In der Pflegeprozessplanung werden möglichst messbare und erreichbare Ziele definiert und regelmäßig überprüft.</p>	<p>Die Pflegeprozessplanung wird für und mit jeder/m Patientin/Patienten erstellt und aktuell gehalten. Sie bildet den aktuellen Stand des Pflegeprozesses ab. Ist eine sofortige Erstellung einer Pflegeplanung nicht möglich, werden die potentiellen Probleme erkannt und verschriftlicht.</p> <p><u>Kriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ressourcen / Fähigkeiten sind erhoben - pflegetherapeutische Probleme und die jeweiligen Maßnahmen sind erfasst. - Individuelle Pflegemaßnahmen zur Erreichung der Pflegeziele sind formuliert und werden im individuellen Ablaufplan abgebildet. - Die Pflegeprozessplanung wird in der Verantwortung von Pflegefachkräften erstellt und regelmäßig auf ihre Wirkung und die Zielerreichung überprüft (mind. alle 3 Monate). - Pflegeergebnisse und Pflegeziele werden regelmäßig überprüft und Maßnahmen entsprechend angepasst. - Die Ziele sind nach Möglichkeit an den Wünschen des Patienten orientiert. - Die Nahziele enthalten überprüfbare Inhalte. - Neuformulierungen in der Prozessplanung sind erkennbar. - Die Pflegeprozessplanung ist durch Handzeichen von dem jeweiligen Ersteller gekennzeichnet. - Prophylaktische Maßnahmen sind ebenfalls handlungsanleitend beschrieben. Wenn z.B. Prophylaxen von den Angehörigen durchgeführt werden, ist deren Beratung und Anleitung dokumentiert (z.B. in der Pflegeplanung oder Pflegebericht). 	<p>Für die Planung des Pflegeprozesses sind ausschließlich Pflegefachkräfte verantwortlich.</p> <p>Die Pflegeplanung kann zu Beginn der Pflegesituation u. U. nur bedingt vollständig sein. Für die Zwischenzeit ist ein vorläufiger individueller Ablaufplan zu erstellen, damit eine Kontinuität der Versorgung gewährleistet werden kann.</p> <p>Die im Pflegeprozess durch die Angehörigen erbrachten Leistungen und dazugehörige Ressourcen und Defizite des Versicherten können in der Pflegeanamnese abgebildet werden. Die Pflegeplanung muss dann nur Ressourcen, Defizite und Ziele zu den Bereichen aufzeigen, in denen eine Versorgung durch den Pflegedienst erfolgt, die abgeleiteten Maßnahmen werden im individuellen Ablaufplan abgebildet.</p> <p>Termin: erste Ausarbeitung bei täglichem Einsatz innerhalb von 2 Wochen, bei 1 mal wöchentlichem Einsatz innerhalb von 4 Wochen</p> <p>Das Formular des individuellen Ablaufplans ermöglicht auch die Abbildung der Unterschrift des Versicherten oder seines Vertreters im Sinne einer partnerschaftlichen Vereinbarung.</p>	

Nr.:	Struktur	Prozess	Ergebnis	Empfehlungen/ Kommentare	Ja/Nein?
5.	Ärztliche Verordnungen/ Medikamentengabe	<p>Die medizinisch verordneten Leistungen werden schriftlich auf einem gesonderten Formular aufgeführt.</p> <p>Dabei sind Medikamente nach ihrer Darreichungsform und tageszeitlichen Verabreichungsreihenfolge aufgeführt.</p>	<p>Die verordneten Medikamente bilden den aktuellen Stand der Verordnungssituation des Patienten ab. Werden Medikamente durch den Patienten selbst oder andere an der Pflege Beteiligte verabreicht, ist dies eindeutig festgehalten. Eventuell erforderliche Wundversorgungen sind ebenfalls vom Arzt schriftlich anzuordnen und zu dokumentieren. Unter Umständen ist eine separate Wunddokumentation sinnvoll.</p>	<p>Die Medikamentenverordnung sollte vom behandelnden Arzt gegengezeichnet oder schriftlich übermittelt werden. Einen Anspruch hat der Pflegedienst darauf nicht.</p> <p>Telefonische Anordnungen durch den behandelnden Arzt sind mit Datum, Uhrzeit und Handzeichen einzutragen und als telefonische Anordnung kenntlich zu machen.</p> <p>Es werden, wenn möglich, auch die Medikamente aufgelistet, die der Patient selbständig einnimmt. Diese werden entsprechend gekennzeichnet, um Verantwortlichkeiten klar zu regeln.</p> <p>Hinweis: Zur Optimierung der Zusammenarbeit aller Beteiligten und der Absicherung des Patienten in der Diabetestherapie mit intensiver Insulin-Einstellung wurden 2005 vom Landesdiabetes-Beirat Rheinland-Pfalz die Formblätter „Pflegedokumentation Diabetes“ und „Therapieplan zur Dosisanpassung“ entwickelt, die zur Anwendung empfohlen wird (Landtagsdrucksache Nr.: 14/4328 vom 12.07.2005).</p> <p>Formblätter zur Dokumentation ärztlicher Verordnungen, Blutzuckerwerte, Medikamentengabe und Wunddokumentation sind nach Bedarf zu verwenden, sie werden zur Absicherung des Pflegedienstes in jedem Fall empfohlen.</p>	

Nr.:	Struktur	Prozess	Ergebnis	Empfehlungen/ Kommentare	Ja/Nein?	
6.	Dokumentation der Leistungen	Die geplanten Maßnahmen werden in der Häufigkeit der Leistungserbringung schriftlich durch die jeweilige Pflegekraft abgezeichnet und nachgewiesen.	Die Durchführungskontrolle sowie der Leistungsnachweis werden lückenlos geführt und mit dem Handzeichen der durchführenden Pflegekraft gekennzeichnet. Eine zeitliche Zuordnung ist gegeben.	Die Pflegedokumentation und der Leistungsnachweis für den Kostenträger sind voneinander getrennt geführte Nachweise. Grundsätzlich müssen neben der unter „Leistungsart“ beschriebenen Verrichtung die wesentlichen Bestandteile der Module erbracht werden. Abweichungen müssen begründet und dokumentiert werden! Durch den Einsatz des „individuellen Ablaufplans“ (es müssen alle Leistungen handlungsleitend beschrieben sein) und des Pflegebereichs in Verbindung mit dem Leistungsnachweis kann das Führen eines separaten Durchführungsnachweises entfallen, wenn die Durchführung der über die abgerechneten Leistungen hinausgehenden und für die ordnungsgemäße Versorgung des Versicherten notwendigen Leistungen (z.B. Prophylaxen) erkennbar sind.		
7.	Bewegungsplanung	Die zuständige Pflegefachkraft erhebt den Bewegungsstatus des Pflegebedürftigen und ermittelt die erforderlichen Maßnahmen zur Vermeidung von Sekundärschäden.	Sonderformulare werden bei Bedarf eingesetzt und nach Empfehlung durch die Angehörigen weitergeführt und ergänzt.	Aus fachlicher Sicht ist der Expertenstandard „Dekubitus“ anzuwenden. Sollte bei der Erhebung des Pflegebedarfs deutlich werden, dass prophylaktische Maßnahmen erforderlich sind, die der Patient jedoch nicht in dem empfohlenen Umfang abrufen möchte, ist dies entsprechend aufzuführen. Lehnt der Pflegebedürftige Maßnahmen durch den Pflegedienst ab, wird dies entsprechend in der Dokumentation festgehalten. Zusatzblätter und Formulare wie Bewegungsprotokoll oder Dekubitusrisikoskala sind nach Bedarf einzusetzen.		

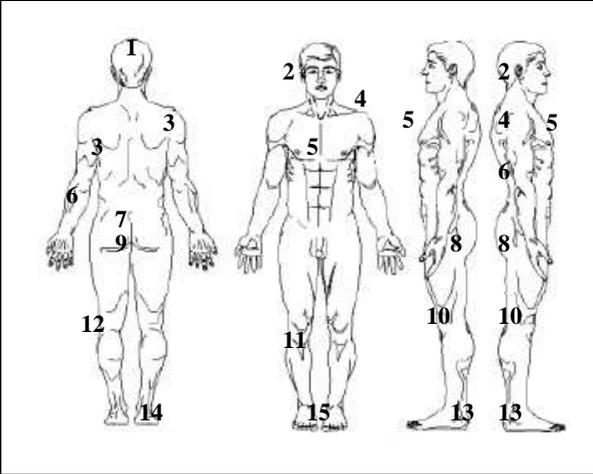
Nr.:	Struktur	Prozess	Ergebnis	Empfehlungen/ Kommentare	Ja/Nein?	
8.	Bilanzierung	Die zuständige Pflegefachkraft erhebt den Ernährungs- und Flüssigkeitsstatus des Pflegebedürftigen. Zur Vermeidung von Sekundärschäden ermittelt sie die erforderlichen Maßnahmen zur Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr und zur Unterstützung bei der Ausscheidung.	<p>Sonderformulare (z.B. Bilanzierungs- oder Ein-/Ausführprotokoll) werden bei Bedarf und auf Empfehlung des Pflegedienstes eingesetzt und durch die Angehörigen weitergeführt und ergänzt.</p> <p>Situationsgerechter Umgang mit Pflegebedürftigen mit Einschränkungen in der selbständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie mit Pflegebedürftigen mit Inkontinenz gehen aus der Dokumentation hervor.</p>	<p>Sollte bei der Erhebung des Pflegebedarfes deutlich werden, dass prophylaktische Maßnahmen erforderlich sind, die der Patient jedoch nicht in dem empfohlenen Umfang abrufen möchte, ist dies entsprechend aufzuführen und die entsprechende Beratung und Anleitung der Angehörigen gegebenenfalls zu dokumentieren.</p> <p>Lehnt der Pflegebedürftige Maßnahmen durch den Pflegedienst ab, wird dies in der Dokumentation festgehalten.</p> <p>Bei notwendiger Bilanzierung sollte ein entsprechendes Protokollformular verwendet werden.</p>		
9.	Pflegebericht	<p>Im Pflegebericht werden regelmäßig Hinweise zur Befindlichkeit des Pflegebedürftigen, zu Veränderungen der Pflegesituation und Reaktionen auf pflegerische Maßnahmen sowie Abweichungen von geplanten Maßnahmen aufgeführt.</p> <p>Es sollen keine Routineeintragungen wie „Pflege nach Plan“ oder ähnliches enthalten sein.</p> <p>Im Rahmen der Evaluation sind Eintragungen zur Reflexion der Pflege über einen längeren Zeitraum (z.B. eine Woche oder Monat) sinnvoll, damit ein Verlauf ersichtlich wird.</p>	<p>Ein kontinuierlich erstellter und aktueller Pflegebericht, der den Pflegeverlauf und die aktuelle Befindlichkeit des Betroffenen darstellt. Der Pflegebericht bildet situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter ab.</p> <p><u>Kriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegeerfolge - aktuelle Ereignisse - psychische und physische Befindlichkeiten - Notfallsituationen - Reaktionen und getroffene Maßnahmen sowie deren Wirkung 	Der Pflegebericht ist die Grundlage für eine eventuelle Korrektur der Pflegeprozessplanung.		

Nr.:	Struktur	Prozess	Ergebnis	Empfehlungen/ Kommentare	Ja/Nein?	
10.	Überleitung / Organisation Schnittstelle	Der Überleitungsbogen wird für den zeitnahen und professionellen Informationstransfer in der Dokumentationsmappe mit ausgefüllten Stammdaten zur Person und Pflegedienst hinterlegt.	Ein Überleitungsbogen liegt vor. Er enthält zusammenfassende Informationen aus Pflegeanamnese und Stammdaten sowie zum aktuellen Pflegezustand und Pflegebedarf. Er wird zur Informationsweitergabe genutzt.	Der Einsatz eines Überleitungsbogens ist sinnvoll und wird empfohlen.		
Grund- sätzliche Hinweise	Aufbewahrung der aktuell geführten Dokumentation	Die Pflegedokumentation wird bis auf begründete Ausnahmen beim Versicherten aufbewahrt.	In begründeten Fällen wird die Pflegedokumentation gesichert außerhalb der Häuslichkeit des Versicherten aufbewahrt.	Bei Patienten, bei denen die Fähigkeit zur Akzeptanz der Dokumentation nicht vorhanden ist oder das Krankheitsbild dieses verhindert, wird die Dokumentation nicht beim Versicherten aufbewahrt. Für diese Vorgehensweise besteht keine gesetzliche Verpflichtung, sie bildet jedoch einen geeigneten Nachweis über den veränderten Aufbewahrungsort ² .		
	Durchführung eines Erstgespräches mit dem Pflegebedürftigen und/ oder Angehörigen.	Zur Feststellung des jeweiligen Hilfebedarfes des Patienten wird in der Häuslichkeit des Patienten oder Angehörigen ein Erstgespräch geführt. Dabei werden nach Möglichkeit auch andere an der Pflege Beteiligte (Angehörige, Nachbarn, Freunde) einbezogen.	In der Dokumentation ist ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde. Dieses ist durch Handzeichen der durchführenden Pflegefachkraft und mit Datum gekennzeichnet.	Ressourcen, Wünsche und getroffene Absprachen mit dem Patienten sind zu vermerken. Verbindungen des Patienten zu sozialen Bezugspartnern sind ebenfalls dokumentiert Termin: vor bzw. bei Beginn der Versorgung/Ersteinsatz		

² Nach Beendigung der Pflegeleistung ist die Pflegedokumentation mindestens 5, besser 10 Jahre beim Leistungserbringer aufzubewahren.

Nr.:	Struktur	Prozess	Ergebnis	Empfehlungen/ Kommentare	Ja/Nein?	
	Verwendung von Pflegestandards	Auf Leitlinien für die Pflege und Pflegestandards, die Verwendung finden werden, wird in der Pflegeplanung Bezug genommen.	In der Pflegeprozessplanung sind Hinweise zur Verwendung der Pflegestandards dokumentiert. Individuelle Anpassungen an die Situation des Patienten sind nachvollziehbar.	Die Verwendung von Standards ist nicht zwingend vorgeschrieben. Sie erleichtert jedoch eine grundsätzlich gleichartige Vorgehensweise bei Pflegetätigkeiten.		
	Dokumentation der durch den Patienten oder die Angehörigen erbrachten Maßnahmen.	Die Pflegefachkraft erhebt, welche Leistungen innerhalb des Pflegeprozesses von anderen an der Pflege und Versorgung Beteiligten erbracht werden.	Die Pflegedokumentation enthält die vom professionellen Pflegedienst erbrachten Leistungen. Die Anleitung von Angehörigen oder sonstigen an der Pflege beteiligten (z.B. Nachbarn, Freunde) wird dokumentiert.	Eine solche Vorgehensweise sichert den Pflegedienst gegenüber dem Pflegebedürftigen und den Angehörigen ab.		

Name der Einrichtung:		Jahr:		Ifd. Nr.:	
Persönliche Daten		Kassendaten		Pflege relevante Diagnosen	
Name abweichender Geb.-Name Geb.-Datum		Versicherter			
Anschrift		Vers. Nr.			
		Krankenkasse			
Familienstand		Pflegekasse		Allergien	
Konfession					
Staatsangehörigkeit		Antrag gestellt am			
gesetzliche Betreuung		Datum der Feststellung		Anfallsleiden	
Wirkungskreis <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Sonstiges		Pflegestufe 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Härtefall <input type="checkbox"/>		Behandelnde Ärzte/Hausarzt	
		geändert am			
		Pflegestufe 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Härtefall <input type="checkbox"/>			
		geändert am			
		Pflegestufe 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Härtefall <input type="checkbox"/>			
Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege		Pflegedaten	
Patientenverfügung <input type="checkbox"/>		Selbstzahler ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	
Freiheitseinschränkende Maßnahmen <input type="checkbox"/> Bettgitter <input type="checkbox"/> Gurt <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> mit Einwilligung des Versicherten		SGB XII (vml. BSHG) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Arm/Beinprothese	
Bezugsperson (Name und Anschrift)				<input type="checkbox"/> Stützkorsett	
				<input type="checkbox"/> Zahnprothese	
				<input type="checkbox"/> Brille	
				<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
Weitere betreuende Personen		Pflegeunterbrechung (ggfs. Beiblatt)		Hilfsmiteileinsatz / Leihgeräte	
		von - - bis - -:	Institution	Eigentum (Kasse, Pflege-dienst, Versicherter) ggfls. Beiblatt	
Haustiere					
Datum Erstgespräch	Handzeichen				
Pflegebeginn am					

Nr.:	Erhobene Inhalte:	Anmerkungen:	Datum/ HDZ.:
1.	Ist die Dokumentation an die Sozialstation zurückgegeben worden?		
2.	Ist die Überleitungssituation in der Dokumentation erfasst worden?		
3.	Sind die relevanten Dokumente (Leistungsnachweis) unterzeichnet worden?		
3a	Ist die Einweisungs-/Überleitungsursache bekannt?		
4.	Sind die erforderlichen Unterlagen für den Kunden vorhanden? - Einweisung – bei KHS – Einweisung - Ausgefüllter Überleitungsbogen		
5.	Wurden Schlüssel an den Kunden/Angehörige zurückgegeben (siehe Schlüsselregelung des Pflegevertrages) bis zur Rückkehr des Kunden?		
6.	Sind Medikamente in der Sozialstation aufbewahrt worden und an den Kunden/die Angehörigen zurückgegeben worden (siehe Einverständnis Medikamentenaufbewahrung)?		
7.	Ist der Hausarzt/andere Anspruchspartner/andere an der Pflege Beteiligte über die Überleitung der Pflege informiert worden?		
8.	Veränderung der Dienstplanung/Tourenplanung?		
9.	Ist eine zeitnahe Information der MA erfolgt (z. B.: Protokoll Dienstbesprechung)?		
10.	Datenweitergabe an die Verwaltung der Einrichtung erfolgt?		
11.	Ablage der Dokumente nach Dokumentenlenkung erfolgt?		
12.	Ist die Abschlussabrechnung erfolgt?		
13.	Ist ein Transport sichergestellt? Wird eine Begleitung gewünscht?		
14.	Lebt der Kunde allein und müssen weitere Vorkehrungen durch die Einrichtung getroffen werden?		
15.	Ist ein Hinweis auf evtl. Wunden im Überleitungsbogen gegeben? (Auch ein Nichtvorhandensein von Wunden ist zu vermerken).		
	 <p>Legende: 1 Hinterhaupt 2 Ohrmuschel 3 Schulterblatt 4 Schulter 5 Brustbein 6 Ellenbogen 7 Sacralbereich 8 großer Rollhügel 9 Gesäß 10 Knie außen 11 Kniescheibe 12 Knie innen 13 Knöchel außen 14 Ferse 15 Knöchel innen</p>	Beschreibung/bisherige Wundversorgung:	
16.	Besondere Hinweise bei der Rückkehr – Kennzeichnung mit ∇ (Erläuterungen siehe Pflegebericht)		

Name der Einrichtung				Jahr:	Ifd. Nr.:								
Name:		Vorname:		erstellt am:		von:		versorgt durch:					
Ressourcen, Wünsche, Gewohnheiten				IAP ¹	PP ²	Hilfebedarf			Ang ³	PD ⁴	Son ⁵		
1. Kommunizieren *						ist schwerhörig/taub/stumm/blind							
Benutzen Sie eine Brille?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	kann Hörgerät nicht handhaben					
Benutzen Sie ein Hörgerät?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	hat Sprachstörungen					
Können Sie sich mitteilen und Ihre Wünsche äußern?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					hat Sichtfeldeinschränkungen					
								ist zeitl. örtl. situativ und zur Person nicht orientiert					
2. Sich bewegen *						Risikofaktoren							
Können Sie sich selbst bewegen gehen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	Kontrakturen vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
stehen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	wo: Spitzfußstellung					
sitzen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					max. geb. Ellenbogen					
Treppen steigen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					Kniegelenk 100°					
laufen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					gefaustete Hand					
hinsetzen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					Dekubitus vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
hinlegen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					wo (siehe Wundprotokoll):					
Benutzen Sie hierzu Hilfsmittel? (Stock, Rollator, Rollstuhl)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					Sturzgefahr <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Gehen Sie spazieren? Wann und wie oft?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					Bewegungseinschränkung					
						kann nicht alleine gehen, stehen, sitzen, Treppen steigen							
						kann nicht Lage im Bett alleine verändern							
Mögen Sie körperliche Aktivitäten (Sport, Gymnastik)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			ist bettlägerig							
						Transfer aufstehen/hinlegen							
						Transfer aufstehen/hinlegen							

Name der Einrichtung				Jahr:	Ifd. Nr.:					
Name:		Vorname:		erstellt am:		von:		Versorgt durch:		
Ressourcen, Wünsche, Gewohnheiten			IAP ¹	PP ²	Hilfebedarf			Ang ³	PD ⁴	Son ⁵
1. Kommunizieren			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
2. Sich bewegen			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						

Name:	Vorname:	erstellt am:	von:	Versorgt durch:			
Ressourcen, Wünsche, Gewohnheiten		IAP ¹	PP ²	Hilfebedarf	Ang ³	PD ⁴	Son ⁵
3. Vitale Funktionen aufrechterhalten *		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	hat erhöhten/erniedrigten Blutdruck			
Werden Blutdruck bzw. Blutzucker regelmäßig gemessen?				hat Durchblutungsstörungen			
Tragen Sie Kompressionsstrümpfe? (Gummistrümpfe)				friert leicht/hat ständig kalte Füße			
Welche Umgebungs-/Zimmertemperatur ist Ihnen angenehm? über 25 ° <input type="checkbox"/> unter 22 ° <input type="checkbox"/> _____°C <input type="checkbox"/>				Hat Diabetes/neigt zu Unterzucker/Überzucker			
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				leidet unter Sauerstoffmangel			
Nehmen Sie regelmäßig Schmerzmittel ein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				kann Bronchialsekret schlecht/nicht abhusten			
				leidet unter starkem Auswurf			
				hat Atemnot bei leichter Anstrengung			
				braucht Hilfe bei der Medikamentenversorgung			
4. Sich pflegen *				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	waschen, duschen, baden	
Wie handhaben Sie es mit Duschen oder Baden?		Oberkörper, Haare, Unterkörper					
Welche Körperpflegemittel benutzen Sie?		Rasur					
Wer besorgt diese?		Fuß- und Fingernagelpflege					
Wie rasieren Sie sich?		Intimpflege					
Wie pflegen Sie Ihre Haare?		Hautpflege, Gesichtspflege					
Benötigen Sie Hilfe bei der Zahnpflege, Fußpflege?		Ohren-, Nasen-, Augenpflege					
Schminken Sie sich?		Mund- und Zahnpflege					
		Hautdefekte/Veränderungen (siehe Wundprotokoll)					
		neigt zu starkem Schwitzen					

Name:	Vorname:		erstellt am:	von:	Versorgt durch:		
Ressourcen, Wünsche, Gewohnheiten	IAP ¹	PP ²	Hilfebedarf		Ang ³	PD ⁴	Son ⁵
3. Vitale Funktionen aufrechterhalten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja					
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein					
4. Sich pflegen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja					
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein					

Name:	Vorname:	erstellt am:	von:	Versorgt durch:		
Ressourcen, Wünsche, Gewohnheiten	IAP ¹	PP ²	Hilfebedarf	Ang ³	PD ⁴	Son ⁵
5. Essen und Trinken * Welche Lieblings Speisen/-getränke haben Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	sieht Notwendigkeit von Essen/Trinken nicht ein			
Welche Speisen/Getränke lehnen Sie ab?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	sieht Notwendigkeit einer Diät nicht ein			
Wie viel trinken Sie gewöhnlich am Tag?			hat Kau-/Schluckstörungen			
Sind Sie gewohnt, Ihr Frühstück spät/früh einzunehmen?			isst sehr langsam			
Benötigen Sie eine Diät oder Schonkost? Sondenernährung?			mundgerechtes Zubereiten der Nahrung			
Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie pro Tag gewöhnlich ein?			Hilfestellung bei der Mahlzeiteinnahme			
Gewicht: Größe: BMI:			Sonde/PEG komplett			
* Falls Gewicht nicht zu bestimmen ist, sollten Umfangsmessungen zur Verlaufsbeobachtung herangezogen werden und in allen Fällen eine Beratung der Angehörigen zur Ernährung und Flüssigkeitsversorgung erfolgen.			Sondenernährung in Kombination mit oraler Ernährung			
			Unterstützung und Überwachung zur ausr. Flüssigkeitsaufnahme			
			leidet unter häufigem Erbrechen			
6. Ausscheiden * Können Sie Blase und Darm kontrollieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	ist/ zeitweise/ urin- und/ oder stuhlinkontinent			
Gibt es Zeiten, zu denen Sie gewohnheitsmäßig die Toilette aufsuchen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	leidet unter ständigen/ gelegentlichen/ Verstopfungen/ Durchfällen			
Benötigen Sie Hilfe beim Toilettengang?			hat Dauerkatheter/ suprapubischen Katheter			
Benötigen Sie Hilfsmittel (Vorlagen, Windelhosen, Katheter, Bettpfanne, Toilettenstuhl, Urinflasche)?			neigt zu Infektionen			
Nehmen Sie Medikamente zur Regulierung von Blasen- und Darmfunktion?			hat einen Anus praeter			
			kann Toilette/Toilettenstuhl nicht selbstständig benutzen			
			Unterstützung bei der Einnahme von Abführmitteln			

Name:	Vorname:			erstellt am:	von:	Versorgt durch:		
Ressourcen, Wünsche, Gewohnheiten		IAP ¹	PP ²	Hilfebedarf		Ang ³	PD ⁴	Son ⁵
5. Essen und Trinken		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
6. Ausscheiden		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					

Name:	Vorname:	erstellt am:	von:	Versorgt durch:		
Ressourcen, Wünsche, Gewohnheiten	IAP ¹	PP ²	Hilfebedarf	Ang ³	PD ⁴	Son ⁵
7. Sich kleiden *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	braucht Hilfe bei Kleiderauswahl			
Welche Kleidung tragen Sie gerne (auch Hausschuhe, Schuhe, Sonntagskleidung, Freizeitkleidung, Schmuck) tagsüber/ nachts?			zieht sich wegen Desorientiertheit öfter aus			
_____			fehlende Einsicht für angemessene Kleidung			
_____			fehlende Einsicht für notwendigen Wäschewechsel			
Gewohnter Wäschewechsel			kann Verschlüsse nicht handhaben			
_____			kann nicht Kleidung über Kopf ausziehen			
_____			kann nicht Kleidung über Füße anziehen			
8. Ruhen und schlafen *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	hat Einschlaf- / Durchschlafstörungen			
Von wann bis wann schlafen Sie üblicherweise nachts?			hat psychische/krankheitsbedingte Schlafstörungen			
Halten Sie eine Mittagsruhe?			hat gestörten Tag-Nachtrhythmus			

Gibt es Besonderheiten, die zu beachten sind (Unruhe, Tag-Nachtumkehr, Geräuschempfindlichkeit)?						

Nehmen Sie Medikamente zum Schlafen?						

Weitere Gewohnheiten (Belüftung, Beleuchtung)?						

Name:	Vorname:	erstellt am:		von:	Versorgt durch:		
Ressourcen, Wünsche, Gewohnheiten	IAP ¹	PP ²	Hilfebedarf		Ang ³	PD ⁴	Son ⁵
7. Sich kleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja					
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein					
8. Ruhen und schlafen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja					
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein					

Name:	Vorname:		erstellt am:	von:	Versorgt durch:		
Ressourcen, Wünsche, Gewohnheiten	IAP ¹	PP ²	Hilfebedarf		Ang ³	PD ⁴	Son ⁵
9. Sich beschäftigen *							
In welchem Beruf haben Sie gearbeitet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	Strukturierung des Tagesablaufes nach früheren Gewohnheiten				
Womit haben Sie sich gerne beschäftigt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	Zeitpunkt für Aufstehen/Zu-Bett-Gehen abstimmen				
Wie sah Ihr Tagesablauf aus?							
Wünschen Sie Hilfe bei der Gestaltung des Tagesablaufes?							
10. Sich als Mann/Frau fühlen *							
Bevorzugen Sie männliche oder weibliche Pflegepersonen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	Schamgefühl bei Intimpflege berücksichtigen				
Verwenden Sie Make-up oder Schmuck?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	wünscht männliche/weibliche/bestimmte Pflegeperson				
Welche Haar- und ggfls. Barttracht bevorzugen Sie?			Kann Frisur nicht selbst herrichten				
			Kann Schmuck nicht selbst anlegen				

Name:	Vorname:			erstellt am:	von:	Versorgt durch:		
Ressourcen, Wünsche, Gewohnheiten	IAP ¹	PP ²	Hilfebedarf			Ang ³	PD ⁴	Son ⁵
9. Sich beschäftigen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja						
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein						
10. Sich als Mann/Frau fühlen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja						
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein						

Name:	Vorname:	erstellt am:	von:	Versorgt durch:		
Ressourcen, Wünsche, Gewohnheiten	IAP ¹	PP ²	Hilfebedarf	Ang ³	PD ⁴	Son ⁵
11. Für eine sichere Umgebung sorgen *						
Benötigen Sie Hilfsmittel zur Mobilität?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	Kann Gefahren nicht einschätzen			
Wünschen Sie ein Bettgitter?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	Ist in der Häuslichkeit nicht orientiert			
Möchten Sie Ihr Zimmer verschließen/verschlossen bekommen (zu welcher Tageszeit)?			Es besteht Weglaufgefährdung			
Können Sie Hilfe herbeirufen?			braucht zur Sicherheit zeitweilig/ständig Bettgitter/ Fixierung im Bett/ im Stuhl			
Finden Sie sich in der Häuslichkeit ohne Hilfe zurecht?			Medikamenteneinnahme muss überwacht werden			
12. Soziale Bereiche des Lebens sichern *						
Zu welchen Verwandten, Bekannten pflegen Sie Kontakte?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	Versicherter benötigt Aktivierung			
Gibt es Personen, zu denen Sie keinen Kontakt wünschen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	Hilfe bei der Kontaktpflege			
Gibt es Zeiten, zu denen Sie keinen Besuch wünschen?						
Gibt es weitere soziale Kontakte wie Vereine, Kirchengemeinde, bestimmter Geistlicher?						
Können Sie die Kontakte selbstständig herstellen?						

Name:	Vorname:			erstellt am:	von:	Versorgt durch:		
Ressourcen, Wünsche, Gewohnheiten	IAP ¹	PP ²	Hilfebedarf			Ang ³	PD ⁴	Son ⁵
11. Für eine sichere Umgebung sorgen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja						
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein						
12. Soziale Bereiche des Lebens sichern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja						
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein						

Name:	Vorname:	erstellt am:	von:	Versorgt durch:		
Ressourcen, Wünsche, Gewohnheiten	IAP ¹	PP ²	Hilfebedarf	Ang ³	PD ⁴	Son ⁵
13. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen *			kann Krankheit/Behinderung nicht akzeptieren			
Gibt es Wünsche zur Betreuung in der Sterbephase	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	leidet an Verlust von:			
Wer soll Sie in dieser Zeit versorgen			ist mißtrauisch gegen:			
			hat Schmerzen			
			hat Angst			
Weitere biografische Daten *			leidet unter unbewältigten Lebenserfahrungen			
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	vermisst:			
			hat Sorge um:			

Name:	Vorname:			erstellt am:	von:	Versorgt durch:			
Ressourcen, Wünsche, Gewohnheiten		IAP ¹	PP ²	Hilfebedarf			Ang ³	PD ⁴	Son ⁵
13. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
Weitere biografische Daten		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						

