MENSCHEN PFLEGEN

Musterdokumentation für die stationäre Pflege

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

sozial AKTIV für Rheinland-Pfalz

Hinweise:

Die Musterdokumentation ist im Internet unter www.masgff.rlp.de oder unter www.menschen-pflegen.de abrufbar und kann kostenlos als pdf-Datei oder Word-Formular herunter geladen werden.

Die Broschüre „Musterdokumentation für die stationäre Pflege“ könne Sie auch über das Broschürentelefon des Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Mainz Telefonnummer: 06131/2016 anfordern oder im Internet www.masgff.rlp.de unter der Rubrik Publikationen, Themenbereich „Menschen pflegen“ bestellen.

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.masgff.rlp.de, www.menschen-pflegen.de
Broschürentelefon: 06131/16-2016
(Bürgerservice-Telefon: 0800/1181387)

Mitglieder der Arbeitsgruppe:
Anneliese Böning
Gudrun Fickus
Ulrike Döring
Dr. Martin Canzler
Bernd Ockfen
Ludwin Altmeier
Roswitha Simon

Stand: Neuauflage Mai 2008

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.

Musterdokumentation stationäre Pflege
Geleitwort Ministerin Malu Dreyer zur Neuauflage im Jahr 2008

Die Musterdokumentation für die stationäre Pflege reduziert den Aufwand an dokumentarischer Arbeit und ist eine hilfreiche Grundlage für eine fachlich qualifizierte Pflege und Betreuung. Die vorliegende Neuauflage stellt im Pflegeprozess Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen dar. Damit haben wir Hinweise aus der Veranstaltungsreihe „Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Diskussion“ aufgegriffen. Die neuen Formularblätter sollen den Pflegekräften bei der verantwortungsvollen Aufgabe helfen, die eigenen Fürsorgepflichten so wahrzunehmen, dass die Freiheitsrechte der Betroffenen so wenig wie möglich beeinträchtigt werden. Ein Flussdiagramm verdeutlicht die einzelnen Handlungsschritte.

Wertvolle Anregungen aus der Befragung aller rheinland-pfälzischen Einrichtungen zur Umsetzung und Praktikabilität der Musterdokumentation hat die von mir eingesetzte Arbeitsgruppe ebenfalls in neuen Formularen umgesetzt. Die Rückmeldungen der Befragten, besonders die der Anwender, haben erneut gezeigt, dass die Musterdokumentation einen wirkungsvollen Beitrag dazu leisten kann, mehr Zeit für die Pflege zu gewinnen und damit die tägliche Pflegeplanung zu erleichtern.

Das am 14. März 2008 vom Bundestag beschlossene Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung sieht vor, auf Bundesebene Anforderungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation zu entwickeln. Einbezogen werden sollen dabei auch Erfahrungen mit vorhandenen Musterdokumentationen aus den Bundesländern. In Rheinland-Pfalz stellen wir bereits seit 2004 die Musterdokumentation zur freiwilligen Nutzung kostenlos zur Verfügung. Sie ist auf einem breiten Konsens der beteiligten Expertinnen und Experten in der Arbeitsgruppe entstanden, besonders hinsichtlich der Frage, was eine Pflegedokumentation unter Berücksichtigung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und der gesetzlichen Richtlinien fachlich leisten muss und wo im Zuge eines Bürokratieabbaus eine Reduzierung des Aufwandes sinnvoll und gerechtfertigt ist.

Ich freue mich, wenn möglichst viele Einrichtungen die Musterdokumentation für die stationäre Pflege verwenden. Allen Einrichtungen, die dies bereits tun, wünsche ich weiterhin viel Erfolg damit. Alle anderen lade ich ein, sie kennenzulernen und bewusst zu nutzen.

M. Dreyer

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

ANFORDERUNGEN
AN DIE INHALTE DER PFLEGEDOKUMENTATION
IN STATIONÄREN PFLEGEEINRICHTUNGEN

Die Pflegedokumentation erfüllt eine Reihe von Funktionen, die sich auf vier wesentliche Kernbereiche zusammenfassen lassen:

- In erster Linie sollte sie als Instrument der Informationsübermittlung dienen, vor allem für die Personen, die mit der Pflege eines Menschen befasst sind und für den Betroffenen selbst.
- Weiterhin dient sie in komplexen Pflegesituationen, wie sie gerade in der Altenpflege sehr häufig sind, dazu, die Informationen aus den verschiedensten Quellen zusammenzufassen, um sie als Grundlage der Arbeit immer nutzen zu können.
- Außerdem soll sie helfen, die pflegerische Arbeit geplant, vor allem gezielt und strukturiert durchführen zu können.
- In der Dokumentation sollen sich die Entwicklung der Pflegebedürftigen und die Pflegeleistungen widerspiegeln. Letzteres ist auch aus haftungsrechtlicher Sicht relevant.

Inhaltlich bedeuten die obigen Anforderungen, dass sie die kontinuierliche Dokumentation all dessen sein sollte, was beobachtet, kommuniziert oder auf andere Weise erfasst wurde, welche Schlüsse gezogen wurden und was für die Pflegebedürftigen geleistet wurde.

Die mit der Musterdokumentation aufgezeigten Verkürzungsmöglichkeiten berücksichtigen alle oben genannten Anforderungen an eine qualifizierte Pflegedokumentation, da die geplanten bzw. dokumentierten Pflege- und Betreuungsmaßnahmen mit personeller Zuordnung abgebildet werden. Ein Abgleich zwischen geplanten und durchgeführten Maßnahmen ist möglich.

Der besonderen Wichtigkeit der medizinischen Behandlungspflege wird durch separate Abbildung Rechnung getragen. Ein Flussdiagramm dient als Handlungsanweisung bei freiheitsentziehenden Maßnahmen.

Der Bewohner beteiligt sich, gegebenenfalls unter Einbeziehung seiner Bezugspersonen, aktiv an der Planung seiner Tagesgestaltung, Betreuung und Pflege - dokumentiert im Formular "Vereinbarter Tagesablauf". So kann er seine, von zu Hause gewohnte, Tagesgestaltung fortsetzen. Damit wird im Vergleich zu herkömmlichen Pflegedokumentationen ein Höchstmaß an Bewohnerorientierung und Normalität und somit Qualität ermöglicht.

© MASGFF RLP Neuauflage Mai 2008

Hinweise zur Anwendung der Musterdokumentation

Eine Dokumentation muss in übersichtlicher Form alle Informationen beinhalten, die für die medizinische und pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen relevant sind.

Die vorliegende Musterdokumentation soll helfen, unnötige Schreibarbeit zu vermeiden, eine schnellere Orientierung ermöglichen und damit Ressourcen freizusetzen für die Betreuung der Pflegebedürftigen. Sie enthält die für die Betreuung und Pflege notwendigen Inhalte und berücksichtigt die gesetzlichen Anforderungen.

Um bei jedem Pflegebedürftigen eine individuelle Pflege einschließlich einer auf seine jeweilige Situation abgestimmten ganzheitlichen Betreuung sicherzustellen, ist es wichtig, Betreuungs- und Pflegeziele sowie darauf ausgerichtete Maßnahmen festzulegen und zu dokumentieren.

Die Musterdokumentation besteht aus folgenden Kernelementen (Formularen, die grundsätzlich zu verwenden sind), um den Pflegeprozess nachvollziehbar abzubilden:

- Stammblatt
- Krankenhausaufenthalt/Hilfsmittel
- Pflegeanamnese und Biographie
- Pflegeplanung I (Probleme/Ziele)
- Vereinbarter Tagesablauf F, S und N (Pflegeplanung II – geplante Maßnahmen)
- Durchführungsnachweis
- Pflegebericht

Die Formulare sind als geschützte Word-Formulare sowie als PDF-Formulare downloadbar. Beide Formulartypen können rechnergestützt ausgefüllt werden. Um die PDF-Formulare mit den eingetragenen Inhalten abspeichern, bzw. die Eingaben auf Datenträger sichern zu können, wird Adobe Acrobat bzw. Reader (ab Version 7.0) benötigt. Mit der Vollversion von Adobe (Acrobat) ist es auch möglich, die PDF-Formulare elektronisch zu unterschreiben/abzuzeichnen.

Bei einer rechnergestützten Dokumentation ist Folgendes zu beachten:

- Handzeichen sind durch eine geeignete, d.h. auf den einzelnen Mitarbeiter bezogene Identifikation zu ersetzen. Durch Hinterlegen einer Identifikationsauflistung ist sicherzustellen, dass die Zuordnung einer Eintragung in das rechnergestützte Dokumentationssystem möglich ist.
- Ein Benutzerberechtigungskonzept muss erstellt werden. Zugangs- bzw. Benutzerrechte sind festzulegen und aufzulisten.
- Es sind geeignete Maßnahmen zur Datensicherung zu treffen.
- Es ist sicherzustellen, dass nachträgliche Korrekturen ausgeschlossen sind.

Andernfalls sind Handzeichen grundsätzlich nach dem Ausdruck des Formulars einzutragen.

© MASGFF RLP Neuauflage Mai 2008

Auf Interpunktionen wurde aus Gründen der besseren Lesbarkeit und der Platzersparnis verzichtet.

1. Stammblatt

- Es enthält wesentliche Angaben zur Person, insbesondere Informationen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen, gesetzlicher Betreuung und einem Hinweis auf ein Erstgespräch.
- Es besteht die Möglichkeit, die gesetzliche Betreuung konkret nach Wirkungskreis zu erfassen.
- Krankenhausaufenthalte, begründende Diagnosen und Hilfsmittel können in geringem Umfang auf dem Stammblatt abgebildet werden.
- Bei einer umfangreicheren Versorgung oder Vorgeschichte und zur nachvollziehbaren Entwicklung des Pflegezustandes kann das Zusatzformular „Krankenhausaufenthalt/Hilfsmittel“ genutzt werden.
- Die Körpergröße sollte standardmäßig aus dem Personalausweis der Bewohnerin/des Bewohners übernommen werden.
- Wenn eine Aktualisierung erforderlich wird, ist die ursprüngliche Version zu archivieren (5 Jahre nach § 13 HeimG).

2. Pflegeanamnese und Biographie

- Mit dem Strukturmodell AEDL, das in diesem Formular hinterlegt ist, können Wünsche, Gewohnheiten und der jeweilige Hilfebedarf erfasst werden.
- In der linken Spalte sind Fragen zu Wünschen und Gewohnheiten so formuliert, dass sie bei der Heimaufnahme von dem Bewohner alleine oder zusammen mit seinen Angehörigen beantwortet werden können. Dies ermöglicht die Einbindung und Gewinnung detaillierter und individueller Informationen und Gewohnheiten des Pflegebedürftigen und entlastet Pflegefachkräfte bei der Informationssammlung.
- Diese Informationen können durch das Pflegepersonal ergänzt werden.
- In der rechten Spalte besteht anschließend die Möglichkeit für das Pflegepersonal, den jeweiligen Hilfebedarf differenziert nach Beaufsichtigung, Anleitung, teilweise Übernahme und vollständige Übernahme festzulegen. Sollte keine geeignete Formulierung enthalten sein oder weitere Informationen oder Hilfebedarfe bestehen, kann dieser auf der Rückseite des Formblattes zur jeweiligen AEDL ergänzt werden.
- Vor der Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen ist eine Prüfung von Alternativen verpflichtend durchzuführen. Dadurch soll eine gewissenhafte Abwägung der Freiheitsrechte mit den Fürsorgepflichten sichergestellt werden.
- Nach Einschätzung der Gesamtsituation/des Hilfebedarfes kann in den letzten beiden Spalten durch ankreuzen festgelegt werden, ob diese Informationen unmittelbar Eingang in den vereinbarten Tagesablauf (Pflegeplanung II) finden oder in der Pflegeplanung I reflektiert werden müssen bzw. ob sie in beide einfließen (siehe Erläuterungen Pflegeplanung und Vereinbarter Tagesablaufplan).
- Sollten zu bestimmten AEDL keine Informationen vorliegen und/oder keine Probleme bestehen, so ist dies kenntlich zu machen.

© MASGFF RLP Neuauflage Mai 2008

- Sofern keine Probleme vorliegen, sind lediglich die Ressourcen aufzuführen.
- In der Folge ist zu diesen AEDL dann auch keine Pflegeplanung erforderlich. Gleichwohl sind bei Überprüfungen der Pflegeplanung, die in regelmäßigen Abständen durchzuführen sind, die betreffenden AEDL erneut zu reflektieren und gegebenenfalls, sofern zwischenzeitlich Probleme bzw. Hilfebedarfe entstanden sind, zu planen. Sofern zu den einzelnen AEDL ausführlicherer Beschreibungsbedarf über die Ausfüllmöglichkeiten der ersten Seite hinaus besteht, kann hierzu die jeweilige Rückseite benutzt werden.
- Es wurde auf Wunsch einiger Anwender die Möglichkeit geboten, die Anamnese später zu ergänzen; aus diesem Grunde kann jede Seite des Formulars separat fortlaufend nummeriert und archiviert werden.

3. Pflegeplanung I (Probleme/Ziele)

- Pflegeprobleme, Ressourcen und Pflegeziele werden in der Pflegeplanung I erfasst. Sofern die Ressourcen jedoch in der Pflegeanamnese bereits umfassend dargestellt wurden, erübrigt sich die Darstellung in der Pflegeplanung. Die Ressourcen in der Anamnese sind dann über den entsprechenden Zahlenapparat (Nummer der AEDL, Nummer des zugeordneten Hilfebedarfes) der jeweiligen Maßnahmenplanung im Formular Pflegeplanung zuzuordnen. Dadurch entsteht eine weitere Reduzierung des Schreibaufwandes.
- Mit der Bearbeitung des Formulars sollte in der ersten Woche nach Aufnahme des Pflegebedürftigen begonnen werden und bis vier Wochen nach Aufnahme sollte es vollständig ausgefüllt sein.
- Eine Pflegeplanung muss nur in den AEDL erfolgen, in denen Pflegeprobleme vorliegen und soll sich an den vorhandenen Ressourcen orientieren.
- Die daraus resultierenden Pflegemaßnahmen werden unmittelbar auf dem Formblatt „Vereinbarter Tagesablauf“ (Pflegeplanung II) erfasst und sind nicht mehr in der Pflegeplanung aufgeführt (weitere Ersparnis von Schreibaufwand).
- Der Abgleich von Ressourcen, Problemen und abgeleiteten Zielformulierungen muss bei Veränderungen neu erfolgen.
- Die Formulierungen sollen präzise, realistisch und knapp gehalten sein. Bei der Erstellung der Pflegeplanung soll eine Priorisierung nach Dringlichkeit der vorliegenden Pflegeprobleme beachtet werden.
- Pflegeprobleme, die sich über mehrere AEDL erstrecken, können einem vordringlichen AEDL zugeordnet werden. Es ist darauf zu achten, dass solche Probleme nicht mehrfach beschrieben werden (z. B. Demenz), damit Schreibaufwand reduziert wird.
- Bei Maßnahmen der Behandlungspflege kann ein Verweis auf das entsprechende Formular (z.B. ärztliche Verordnung) erfolgen.
- Sofern freiheitsentziehende Maßnahmen vorgesehen sind, ist zu begründen, weshalb Alternativen nicht als ausreichend angesehen werden (siehe Flussdiagramm)
- Des Weiteren bietet das Formular eine Hinweismöglichkeit auf Veränderungen, die zu Eintragungen in weiteren Formularen geführt haben (zum Beispiel im Stammblatt oder dem Tagesablauf).

© MASGFF RLP Neuauflage Mai 2008

4. Vereinbarter Tagesablauf F, S und N (Pflegeplanung II – geplante Maßnahmen)

- Wenn in der Anamnese Ressourcen im Sinne selbständig ausgeführter Aktivitäten bzw. Gewohnheiten erhoben werden, sollen diese unmittelbar (ohne Pflegeplanung) im vereinbarten Tagesablauf erfasst und dargestellt werden.
- Ebenso sollen hier die sich aus der Pflegeplanung ergebenen Maßnahmen handlungsanleitend abgebildet werden. Sofern Standards erarbeitet und eingeführt sind, werden diese hier entsprechend eingetragen, wodurch der Schreibaufwand weiter reduziert werden kann. Individuelle Abweichungen bzw. Ausprägungen des Standards sind handlungsanleitend darzustellen.
- Bei Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen muss begründet werden, weshalb die gewählte Maßnahme als geringster Eingriff in die Freiheitsrechte und zugleich wirkungsvollste Handlungsalternative zum Schutz vor Gefahren angesehen wird.
- Das Formblatt soll in übersichtlicher und handlungsanleitender Form die durchzuführenden Maßnahmen und Versorgungsabläufe in der Reihenfolge darstellen, wie sie erbracht werden.
- Die Art und Anzahl der Maßnahmen ergibt sich aus den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners aus der Pflegeanamnese und den Erfordernissen der Pflegeplanung.
- Dauerhafte Veränderungen des vereinbarten Tagesablaufes sind mit Datum in der Spalte „Veränderung“ zu kennzeichnen.
- Gleichzeitig müssen entsprechende Eintragungen in der Pflegeplanung erfolgen. Somit ist eine Evaluation gesichert.

Bei Maßnahmen der Behandlungspflege kann ein Verweis auf das entsprechende Formular (z.B. ärztliche Verordnung) erfolgen.

5. Durchführungsnachweise

- Die für den Pflegebedürftigen zuständige Pflegeperson zeichnet alle laut vereinbartem Tagesablauf durchführten Maßnahmen der Grundpflege und Betreuung mit <u>einem Handzeichen</u> pro Schicht ab.
- Bereits auf Zusatzplänen (z.B. Lagerungsplänen) dokumentierte Maßnahmen müssen nicht mehr zusätzlich auf dem Durchführungsnachweis abgezeichnet werden. Hier kann ein Verweis (z.B. in der Planung oder im Durchführungsnachweis) auf das zusätzliche Formular erfolgen (Reduzierung von Schreibaufwand).
- Bei Abweichungen/Änderungen vom vereinbarten Tagesablauf (Pflegeplanung II) erfolgt eine Dokumentation der veränderten Maßnahme in der mittleren Spalte und ggf. ein Verweis auf den Pflegebericht, z.B. Hinweis auf veränderten Gesundheitszustand.
- Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege müssen weiterhin für jede einzelne Tätigkeit mit dem Handzeichen der durchführenden Pflegeperson abgezeichnet werden.

© MASGFF RLP Neuauflage Mai 2008

- Falls erforderlich, sind Zusatzpläne zum Durchführungsnachweis, wie Lagerungspläne, Flüssigkeitsbilanzierungspläne u.a., die die Musterdokumentation nicht beinhaltet, zu führen.

6. Pflegebericht

- Festzuhalten sind wichtige Geschehnisse, Beobachtungen, Informationen und Veränderungen der Befindlichkeit des Pflegebedürftigen (Abweichungen vom vereinbarten Tagesablauf nur dann, wenn dies auf dem Durchführungsnachweis nicht abbildbar ist, z.B. bei gravierenden Veränderungen im Zuge akuter Erkrankungen o.ä., um keinen unnötigen Schreibaufwand zu betreiben).
- Die daraus resultierenden, eingeleiteten Maßnahmen (z.B. Anruf Arzt) und der weitere Verlauf sind abzubilden.
- Zur Darstellung eines kontinuierlichen Verlaufs und zur Vermeidung von Wiederholungen genügt bei unauffälligem Verlauf ein wöchentlicher Eintrag, dass sich in der Pflege keine Besonderheiten ergeben haben (z.B. immer dann, wenn die Bezugspflegeperson wechselt).
- Die Einträge sind mit Handzeichen zu versehen.
- Es bleibt den Anwendern überlassen, eine Zuordnung der Berichte zu den einzelnen Schichten durch farblich unterschiedliche Eintragungen zu ermöglichen.

7. Zusatzprotokolle

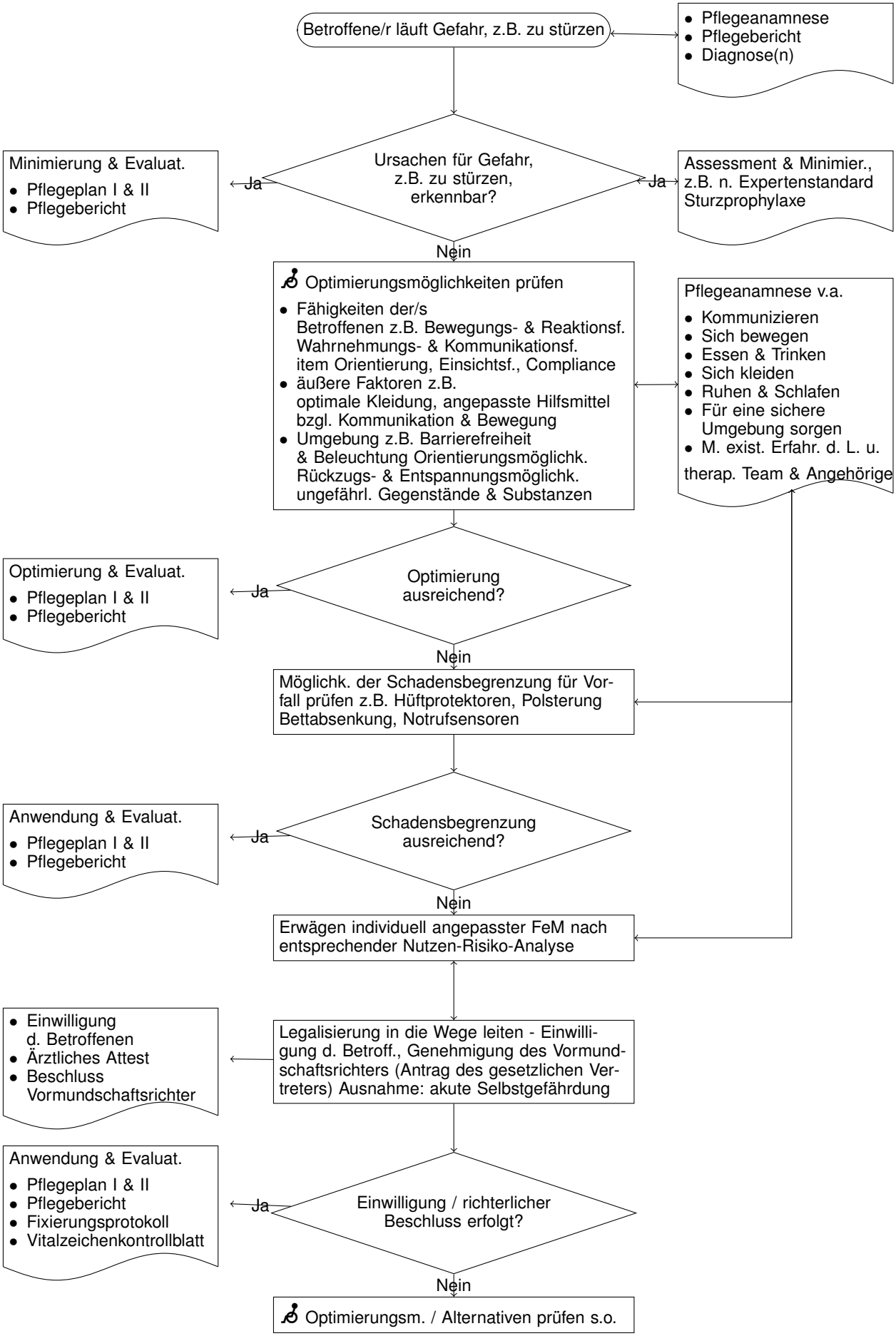
- Falls erforderlich, sind zusätzliche Formblätter wie Risikoskalen, Bewegungs-/ Lagerungspläne, Trink-/Flüssigkeitsbilanzierungspläne, Durchführungsnachweise für freiheitseinschränkende Maßnahmen, Verordnung-/Behandlungspflege, Medikamentenblätter, Wunddokumentationsbögen und Pflegeüberleitungsbögen, die der Formularsatz der Musterpflegedokumentation nicht beinhaltet, zu führen. Besonders hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf das vom Landesdiabetesbeirat in Zusammenarbeit mit der Diabeteskommission der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz entwickelte Formular **„Pflegedokumentation Diabetes“,** das in der Anlage beigefügt ist. Den gesamten Bericht des Landesdiabetesbeirates vom 12.07.2005 können Sie in der Landtagsdrucksache 14/4328 nachlesen.

8. Freiheitsentziehende Maßnahmen

- Ein verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen setzt eine gewissenhafte Abwägung der Freiheitsrechte des Einzelnen mit den Fürsorgepflichten voraus. Deshalb sind die Formulare konsequent so gestaltet, dass Handlungsalternativen verpflichtend geprüft werden müssen. Bereits im Stammblatt ist zu dokumentieren, welche Maßnahmen erfolgen und ob eine Legitimation gegeben ist. In der Pflegeanamnese werden Handlungsalternativen systematisch abgefragt. In der Pflegeplanung I und II ist zu begründen, weshalb Alternativen im Einzelfall nicht in Betracht kamen und zu dokumentieren, dass die Dauer der Freiheitsentziehung begrenzt ist und permanent reflektiert wird. Das folgende Flussdiagramm soll die Handlungsschritte verdeutlichen.

© MASGFF RLP Neuauflage Mai 2008

Freiheitsentziehende Maßnahmen (FeM) nur als Ultima Ratio



Name der Einrichtung	Jahr	lfd. Nr.

Persönliche Daten

Name / Titel
Vorname
Geburtsname
Geburtsdatum | -ort
Straße
PLZ /Wohnort
Familienstand
Staatsangehörigkeit
Konfession

Betreuung

Bezugsperson(en) / Angehörige

Name
Straße
Wohnort
Telefon

☐ gesetzliche Betreuung ☐ Vorsorgevollmacht

Name
Straße
Wohnort
Telefon

Wirkungskreis
☐ Gesundheitsfürsorge
☐ Aufenthaltsbestimmung
☐ Vermögenssorge
☐ Post
☐

☐ Patientenverfügung ☐ Testament

Freiheitsentziehende Maßnahmen

☐ Gurt ☐ Bettgitter ☐ Medikamente

☐

☐ Kein tats. Freiheitsentz. (ärztl. Attest)
☐ Einwilligung des Bewohners erteilt am
☐ Richterliche Genehmigung erteilt am
verlängert bis verlängert bis

Benachrichtigung im Todesfall

Name
Wohnort
Telefon

Tierhaltung im Heim

ggf. welche/s Haustier/e

Kassendaten

Versicherte(r)
Krankenkasse
Versicherungs-Nr.
Pflegekasse
Versicherungs-Nr.
Pflegestufe beantragt am
Datum der Feststellung der Pflegestufe

Stufe ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Stufe ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 geändert
Stufe ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 geändert
Stufe ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 geändert

☐ Härtefall
☐ Selbstzahler
☐ Beihilfe berechtigt
☐ Rezeptgebührenbefreiung
☐ Zuzahlungsbefreiung
☐ Fahrtkostenbefreiung
☐ Inkontinenzbescheinigung

Pflege relevante/medizinische Diagnosen

Krankenhausaufenthalte (ggf. Beiblatt 1)

Datum	Krankenhaus

Medizinische Besonderheiten

☐ Allergie (nähere Bezeichnung)

☐ Anfallsleiden (nähere Bezeichnung)

☐ Insulinpflichtig

Hausarzt

Name
Straße
Ort
Telefon | Fax

Behandelnde Fachärzte

Name	Fachrichtung	Telefon

Körpermaße

Größe cm
Gewicht kg
BMI

Hilfsmittel

☐ Brille ☐ Kontaktlinsen
☐ Hörgerät
☐ Herzschrittmacher | Typ
☐ Zahnprothese
☐ Armprothese ☐
☐ Beinprothese ☐
☐ Stützkorsett ☐

Weiterer Hilfsmitteleinsatz / Leihgeräte

Hilfsmittel (ggf. Beiblatt 1)	Eigentümer (1=Kasse 2=Heim 3=Bewohner)
☐ Gehstütze	
☐ Rollator	
☐ Rollstuhl	
☐	

Aufnahme

Erstgespräch am
Gesprächsführer/in
Pflegebeginn
Hz.

Anmerkung nur das Zutreffende ist angekreuzt

Name der Einrichtung	Bewohner / in	Jahr	lfd. Nr.

Krankenhausaufenthalte

Krankenhaus	Einlieferungsgrund / Diagnose	Krankenhausaufenthalt vom	Krankenhausaufenthalt bis	Betreuer benachrichtigt	Angehörige benachrichtigt (Name)	Hz.
				☐ Ja ☐ nicht erreicht		
				☐ Ja ☐ nicht erreicht		
				☐ Ja ☐ nicht erreicht		
				☐ Ja ☐ nicht erreicht		
				☐ Ja ☐ nicht erreicht		
				☐ Ja ☐ nicht erreicht		
				☐ Ja ☐ nicht erreicht		
				☐ Ja ☐ nicht erreicht		
				☐ Ja ☐ nicht erreicht		
				☐ Ja ☐ nicht erreicht		
				☐ Ja ☐ nicht erreicht		
				☐ Ja ☐ nicht erreicht		

Hilfsmitteleinsatz

Hilfsmittel / Leihgerät	beantragt am	geliefert am	Eigentum 1 2 3	Einsatz von	Einsatz bis	Rückgabe am	Rückgabe erfolgte durch	Hz.

1 = Kasse 2 = Heim 3 = Bewohner

© MASFG RLP

Krankenhausaufenthalt / Hilfsmittel
Beiblatt 1 zum Stammblatt

Name der Einrichtung	Bewohner / in	Pflegeanamnese erstellt am		lfd. Nr.	
		Einschätzung erfolgte durch			

Die grau hinterlegten Felder sind vom Pflegepersonal auszufüllen!

Gewohnheiten, Wünsche, Ressourcen		**Hilfebedarf**	**Hilfeform** B A Tü vÜ	**Ta**	**P**
1. Kommunizieren		ist ☐ schwerhörig ☐ taub ☐ stumm ☐ blind			
Benutzen Sie eine Brille	☐ Ja	kann Hörgerät nicht handhaben			
Benutzen Sie ein Hörgerät	☐ Ja	hat Sprachstörungen			
Können Sie sich mitteilen und Ihre Wünsche äußern	☐ Ja	hat Sichtfeldeinschränkungen			
		ist ☐ zeitlich ☐ örtlich ☐ situativ ☐ zur Person nicht orientiert		☐	☐
2. Sich bewegen		**Risikofaktoren**			
Können Sie selbstständig		Kontrakturen vorhanden ☐ Ja			
aufstehen	☐ Ja	ggf. wo			
gehen	☐ Ja				
stehen	☐ Ja	☐ Spitzfußstellung ☐ max. gebeugter Ellenbogen			
sitzen	☐ Ja	☐ Kniegelenk 100° ☐ gefaustete Hand			
Treppen steigen	☐ Ja	Dekubitus vorhanden ☐ Ja			
laufen	☐ Ja	ggf. wo (siehe auch Wundprotokoll)			
sich hinsetzen	☐ Ja				
sich hinlegen	☐ Ja				
Ihre Lage im Bett verändern	☐ Ja	Sturzgefahr (Risikofaktoren nach Expertenstandard) ☐ Ja			
Benutzen Sie hierzu Hilfsmittel (Stock, Rollator, Rollstuhl)	☐ Ja	Bewegungseinschränkung			
Gehen Sie spazieren	☐ Ja	ist bettlägerig ☐ Ja			
ggf. wann und wie oft		Transfer aufstehen / hinlegen			
Mögen Sie körperliche Aktivitäten (Sport, Gymnastik)	☐ Ja	Transfer hinlegen / aufstehen		☐	☐

Für Ergänzungen bitte die Rückseite benutzen!

B = Beaufsichtigung **A** = Anleitung **Tü** = Teilübernahme **vÜ** = vollständige Übernahme
Ta = Tagesablaufplan **P** = Pflegeplanung I

© MASGFF RLP

Gewohnheiten, Wünsche, Ressourcen		Hilfebedarf	Hilfeform B A Tü vÜ	Ta	P
3. Vitale Funktionen aufrechterhalten		hat ☐ erhöhten ☐ niedrigen Blutdruck			
Wird regelmäßig Blutdruck gemessen	☐ Ja	hat Durchblutungsstörungen			
Wird regelmäßig Blutzucker gemessen	☐ Ja	☐ friert leicht ☐ hat ständig kalte Füße			
Tragen Sie Kompressionsstrümpfe (Gummistrümpfe)	☐ Ja	hat ☐ Diabetes ☐ neigt zu Unterzuckerung ☐ Überzuckerung			
		leidet unter Sauerstoffmangel			
Welche Umgebungs- bzw. Zimmertemperatur ist Ihnen angenehm		kann Bronchialsekret ☐ schlecht ☐ nicht abhusten			
		leidet unter starkem Auswurf			
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein	☐ Ja	hat Atemnot bei leichter Anstrengung			
ggf. welche		braucht Hilfe bei der Medikamentenversorgung		☐	☐
4. Sich pflegen		☐ Waschen ☐ Duschen ☐ Baden			
Welche Vorlieben haben Sie im Bereich der Körperpflege		☐ Oberkörper ☐ Haare ☐ Unterkörper			
		Rasur			
Welche Körperpflegemittel benutzen Sie		☐ Fuß- ☐ und Fingernagelpflege			
		Intimpflege			
Wer besorgt diese		☐ Hautpflege ☐ Gesichtspflege			
		☐ Ohren- ☐ Nasen- ☐ Augenpflege			
Wie rasieren Sie sich		☐ Mund- und ☐ Zahnpflege			
		☐ Hautdefekte ☐ Veränderungen (siehe Wundprotokoll)		☐	☐
Wie pflegen Sie Ihre Haare		neigt zu starkem Schwitzen			
Benötigen Sie Hilfe bei der Zahnpflege	☐ Ja				
Benötigen Sie Hilfe bei der Fußpflege	☐ Ja				
Schminken Sie sich	☐ Ja				

B = Beaufsichtigung **A** = Anleitung **Tü** = Teilübernahme **vÜ** = vollständige Übernahme **Ta** = Tagesablaufplan **P** = Pflegeplanung I

Gewohnheiten, Wünsche, Ressourcen		Hilfebedarf	Hilfeform B A Tü vÜ	Ta	P
5. Essen und Trinken		sieht Notwendigkeit von ☐ Essen ☐ Trinken nicht ein			
Welche Lieblingsspeisen/-getränke haben Sie		sieht Notwendigkeit einer Diät nicht ein			
		hat ☐ Kau- ☐ Schluckstörungen			
Welche Speisen/Getränke lehnen Sie ab		isst sehr langsam			
		mundgerechtes Zubereiten der Nahrung			
Wie viel trinken Sie gewöhnlich am Tag		Hilfestellung bei der Mahlzeiteneinnahme			
		☐ Sonde ☐ PEG komplett			
Möchten Sie Ihre Mahlzeiten in der Gemeinschaft einnehmen		Sondenernährung in Kombination mit oraler Ernährung			
		Unterstützung und Überwachung zur ausreichenden			
Wie sind Sie gewohnt, Ihr Frühstück einzunehmen:		Flüssigkeitsaufnahme			
☐ frühmorgens ☐ später		leidet unter häufigem Erbrechen		☐	☐
Benötigen Sie eine Diät oder Schonkost	☐ Ja				
Sondenernährung	☐ Ja				
Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie pro Tag gewöhnlich ein					
6. Ausscheiden		ist ☐ zeitweise ☐ urin- und oder ☐ stuhlinkontinent			
Gibt es Zeiten, zu denen Sie gewohnheitsmäßig die Toilette aufsuchen	☐ Ja	leidet unter ☐ständigen ☐ gelegentlichen ☐ Verstopfungen			
Benötigen Sie Hilfe beim Toilettengang	☐ Ja	☐ Durchfällen			
Können Sie Blase und Darm kontrollieren	☐ Ja	hat ☐ Dauerkatheter ☐ suprapubischen Katheter			
Nehmen Sie Medikamente zur Regulierung der Blasen- und Darmfunktion	☐ Ja	neigt zu Infektionen			
Benötigen Sie Hilfsmittel (Vorlagen, Windelhosen, Katheter, Bettpfanne, Toilettenstuhl, Urinflasche)	☐ Ja	hat einen Anus praeter			
ggf. welche		kann ☐ Toilette ☐ Toilettenstuhl nicht selbstständig benutzen			
		Unterstützung bei der Einnahme von Abführmitteln		☐	☐

B = Beaufsichtigung **A** = Anleitung **Tü** = Teilübernahme **vÜ** = vollständige Übernahme **Ta** = Tagesablaufplan **P** = Pflegeplanung I

Gewohnheiten, Wünsche, Ressourcen	Hilfebedarf	Hilfeform B A Tü vÜ	Ta	P
7. Sich kleiden Welche Kleidung tragen Sie gerne (auch Hausschuhe, Schuhe, Sonntagskleidung, Freizeitkleidung, Schmuck)	braucht Hilfe bei Kleiderauswahl			
	zieht sich wegen Desorientiertheit öfter aus			
am Tag	fehlende Einsicht für angemessene Kleidung			
	fehlende Einsicht für notwendigen Wäschewechsel			
in der Nacht	kann Verschlüsse nicht handhaben			
Gewohnter Wäschewechsel	kann Kleidung nicht über Kopf ausziehen			
	kann Kleidung nicht über Füße anziehen		☐	☐
8. Ruhen und Schlafen Von wann bis wann schlafen Sie üblicherweise nachts	hat ☐ Einschlaf- ☐ Durchschlafstörungen			
	hat ☐ psychische ☐ krankheitsbedingte Schlafstörungen			
Halten Sie einen Mittagsschlaf ☐ Ja	hat gestörten Tag-Nachtrhythmus		☐	☐
Möchten Sie, dass nachts eine Mitarbeiterin nach Ihnen schaut ☐ Ja				
Gibt es Besonderheiten, die zu beachten sind (Unruhe, Tag-Nachtumkehr, Geräuschempfindlichkeit) ☐ Ja				
Nehmen Sie Medikamente zum Schlafen				
Weitere Gewohnheiten (Belüftung, Beleuchtung)				

B = Beaufsichtigung **A** = Anleitung **Tü** = Teilübernahme **vÜ** = vollständige Übernahme **Ta** = Tagesablaufplan **P** = Pflegeplanung I

Gewohnheiten, Wünsche, Ressourcen	Hilfebedarf	Hilfeform B A Tü vÜ	Ta	P
9. Sich beschäftigen In welchem Beruf haben Sie gearbeitet	Strukturierung des Tagesablaufes nach früheren Gewohnheiten Zeitpunkt für ☐ Aufstehen ☐ Zubettgehen abstimmen Integration in tägliche Abläufe (Hauswirtschaft, Garten, Singgruppe etc.)		☐	☐
Womit haben Sie sich gerne beschäftigt				
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	Schamgefühl bei Intimpflege berücksichtigen wünscht ☐ männliche ☐ weibliche ☐ folgende Pflegeperson kann Frisur nicht selbst herrichten kann Schmuck nicht selbst anlegen		☐	☐
Verwenden Sie Make up oder Schmuck				
Welche Haar- und ggf. Barttracht bevorzugen Sie				

B = Beaufsichtigung **A** = Anleitung **Tü** = Teilübernahme **vÜ** = vollständige Übernahme **Ta** = Tagesablaufplan **P** = Pflegeplanung I

Gewohnheiten, Wünsche, Ressourcen	Hilfebedarf	Hilfeform B A Tü vÜ	Ta	P
11. Für eine sichere Umgebung sorgen	kann Gefahren nicht einschätzen			
Benötigen Sie Hilfsmittel zur Mobilität ☐ Ja	verirrt sich in der Einrichtung			
	individuelle Sicherheitsmaßnahmen erforderlich			
Wünschen Sie ein Bettgitter ☐ Ja	a) nicht freiheitsentziehende Maßnahmen ☐			
Möchten Sie Ihr Zimmer verschließen bzw. verschlossen bekommen; ggf. zu welcher Tageszeit ☐ Ja	☐ Raumgestaltung prüfen ☐ Beleuchtung prüfen			
	☐ Stolperfallen beseitigen ☐ Sitz- und Haltemöglichkeit schaffen			
	☐ Hüftprotektoren ☐ Muskelkraft- und Balancetraining			
	☐ Personensuchsystem ☐ Bettalarmsystem			
Können Sie Hilfe herbeirufen ☐ Ja	b) freiheitsentziehende Maßnahmen ☐			
	Art der Maßnahme und Begründung siehe Pflegeplanung I und vereinbarter Tagesablauf (Pflegeplanung II)			
Finden Sie sich in der Einrichtung ohne Hilfe zurecht ☐ Ja	Medikamenteneinnahme muss überwacht werden		☐	☐
12. Soziale Bereiche des Lebens sichern	Bewohner benötigt Aktivierung			
Zu welchen Verwandten, Bekannten pflegen Sie Kontakte	Hilfe bei der Kontaktpflege		☐	☐
	in Betreuung im Haus integrieren			
Gibt es Personen, zu denen Sie keinen Kontakt wünschen				
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 ☐ Ja				

B = Beaufsichtigung **A** = Anleitung **Tü** = Teilübernahme **vÜ** = vollständige Übernahme **Ta** = Tagesablaufplan **P** = Pflegeplanung I

Gewohnheiten, Wünsche, Ressourcen	Hilfebedarf	Hilfeform B A Tü vÜ	Ta	P
13. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen	kann ☐ Krankheit ☐ Behinderung nicht akzeptieren			
Haben Sie ständig/ wiederholt Schmerzen ☐ Ja	ist durch Schmerzen eingeschränkt bei			
Nehmen Sie deshalb regelmäßig Schmerzmittel ein ☐ Ja				
ggf. welche	(Assessment nach nationalem Expertenstandard durchführen)			
Wie bewältigen Sie sonst Ihre Schmerzen	leidet an Verlust von			
Gibt es Wünsche zur Betreuung in der Sterbephase	hat Angst			
Wer soll Sie in dieser Zeit versorgen				
			☐	☐
14. Biografische Ergänzungen	leidet unter unbewältigten Lebenserfahrungen			
	vermisst			
	hat Sorge um		☐	☐

B = Beaufsichtigung **A** = Anleitung **Tü** = Teilübernahme **vÜ** = vollständige Übernahme **Ta** = Tagesablaufplan **P** = Pflegeplanung I

Name der Einrichtung	Bewohner / in	Pflegeanamnese erstellt am		lfd. Nr.	
		Einschätzung erfolgte durch			

Die grau hinterlegten Felder sind vom Pflegepersonal auszufüllen!

Gewohnheiten, Wünsche, Ressourcen	**Hilfebedarf**	**Hilfeform** B A Tü vÜ	**Ta**	**P**
1. Kommunizieren			☐	☐
2. Sich bewegen			☐	☐

B = Beaufsichtigung **A** = Anleitung **Tü** = Teilübernahme **vÜ** = vollständige Übernahme
Ta = Tagesablaufplan **P** = Pflegeplanung I

© MASFG RLP

Pflegeanamnese und Biografie - Rückseite

Gewohnheiten, Wünsche, Ressourcen	Hilfebedarf	Hilfeform B A Tü vÜ	Ta	P
3. Vitale Funktionen aufrechterhalten			☐	☐
4. Sich pflegen			☐	☐

B = Beaufsichtigung **A** = Anleitung **Tü** = Teilübernahme **vÜ** = vollständige Übernahme **Ta** = Tagesablaufplan **P** = Pflegeplanung I

Gewohnheiten, Wünsche, Ressourcen	Hilfebedarf	Hilfeform B A Tü vÜ	Ta	P
5. Essen und Trinken			☐	☐
6. Ausscheiden			☐	☐

B = Beaufsichtigung **A** = Anleitung **Tü** = Teilübernahme **vÜ** = vollständige Übernahme **Ta** = Tagesablaufplan **P** = Pflegeplanung I

Gewohnheiten, Wünsche, Ressourcen	Hilfebedarf	Hilfeform B A Tü vÜ	Ta	P
7. Sich kleiden			☐	☐
8. Ruhen und Schlafen			☐	☐

B = Beaufsichtigung **A** = Anleitung **Tü** = Teilübernahme **vÜ** = vollständige Übernahme **Ta** = Tagesablaufplan **P** = Pflegeplanung I

Gewohnheiten, Wünsche, Ressourcen	Hilfebedarf	Hilfeform B A Tü vÜ	Ta	P
9. Sich beschäftigen			☐	☐
10. Sich als Mann/Frau fühlen			☐	☐

B = Beaufsichtigung **A** = Anleitung **Tü** = Teilübernahme **vÜ** = vollständige Übernahme **Ta** = Tagesablaufplan **P** = Pflegeplanung I

Gewohnheiten, Wünsche, Ressourcen	Hilfebedarf	Hilfeform B A Tü vÜ	Ta	P
11. Für eine sichere Umgebung sorgen			☐	☐
12. Soziale Bereiche des Lebens sichern			☐	☐

B = Beaufsichtigung **A** = Anleitung **Tü** = Teilübernahme **vÜ** = vollständige Übernahme **Ta** = Tagesablaufplan **P** = Pflegeplanung I

Gewohnheiten, Wünsche, Ressourcen	Hilfebedarf	Hilfeform B A Tü vÜ	Ta	P
13. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen			☐	☐
14. Biografische Ergänzungen			☐	☐

B = Beaufsichtigung **A** = Anleitung **Tü** = Teilübernahme **vÜ** = vollständige Übernahme **Ta** = Tagesablaufplan **P** = Pflegeplanung I

Name der Einrichtung	Bewohner / in	Pflegeplanung erstellt am		Jahr	lfd. Nr.
		Planung erfolgte durch			

Datum	AEDL	Problembeschreibung	Fähigkeiten / Ressourcen	Pflegeziel	Hinweis auf Veränderung					Datum	Hz.
					Ä	P	S	Ta	Pv		
					☐	☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐	☐		

Ä = ärztliche Verordnung P = Pflegeplanung I S = Stammblatt Ta = Tagesablauf Pv = Pflegevisite

© MASFG RLP

Pflegeplanung I
(Probleme/ Ziele)

Name der Einrichtung			Bewohner / in	lfd. Nr.		Unterschrift Bewohner / Betreuer (optional)
				Unterschrift Pflegefachkraft		
Erstelldatum		Pflegefachkraft				

Uhrzeit	AEDL	Tagesstrukturierende Maßnahme im **Frühdienst**	Hinweis auf Veränderung Ä	P	S	Pv	Datum	Hz.
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		

Ä = ärztliche Verordnung P = Pflegeplanung I S = Stammblatt Pv = Pflegevisite

Abweichungen (auf Wunsch des Bewohners, aus fachlichen Erwägungen, etc.) sind im Durchführungsnachweis b e g r ü n d e t zu dokumentieren.

© MASFG RLP

Vereinbarter Tagesablauf F
(Pflegeplanung II – geplante Maßnahmen)

Name der Einrichtung			Bewohner / in	lfd. Nr.		Unterschrift Bewohner / Betreuer (optional)
				Unterschrift Pflegefachkraft		
Erstelldatum		Pflegefachkraft				

Uhrzeit	AEDL	Tagesstrukturierende Maßnahme im **Spätdienst**	Hinweis auf Veränderung Ä	P	S	Pv	Datum	Hz.
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		

Ä = ärztliche Verordnung P = Pflegeplanung I S = Stammblatt Pv = Pflegevisite

Abweichungen (auf Wunsch des Bewohners, aus fachlichen Erwägungen, etc.) sind im Durchführungsnachweis b e g r ü n d e t zu dokumentieren.

© MASFG RLP

Vereinbarter Tagesablauf S
(Pflegeplanung II – geplante Maßnahmen)

Name der Einrichtung			Bewohner / in	lfd. Nr.		Unterschrift Bewohner / Betreuer (optional)
				Unterschrift Pflegefachkraft		
Erstelldatum		Pflegefachkraft				

Uhrzeit	AEDL	Tagesstrukturierende Maßnahme im **Nachtdienst**	Hinweis auf Veränderung Ä	P	S	Pv	Datum	Hz.
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		

Ä = ärztliche Verordnung P = Pflegeplanung I S = Stammblatt Pv = Pflegevisite

Abweichungen (auf Wunsch des Bewohners, aus fachlichen Erwägungen, etc.) sind im Durchführungsnachweis b e g r ü n d e t zu dokumentieren.

© MASFG RLP

Vereinbarter Tagesablauf N
(Pflegeplanung II – geplante Maßnahmen)

Name der Einrichtung	Bewohner / in	Jahr	lfd. Nr.

Maßnahmen wurden nach Pflegeplanung I und II durchgeführt			Abweichung vom vereinbarten Tagesablauf	Hinweis auf Veränderung						
Datum	Dienst	Hz.		Ä	P	S	Ta	Pv	Datum	Hz.
				☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐		

Ä = ärztliche Verordnung P = Pflegeplanung I S = Stammblatt Ta = Tagesablauf Pv = Pflegevisite

© MASFG RLP

Durchführungsnachweis

Name der Einrichtung	Bewohner / in	Jahr	Monat	lfd. Nr.

Datum	Uhrzeit	**Verlaufsprotokoll** Beobachtungen, Reaktionen auf Maßnahmen, Arztvisiten, Pflegevisiten, Veränderungen	Hinweis auf Veränderung					Hz.
			Ä	P	S	Ta	Pv	
			☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	

Ä = ärztliche Verordnung P = Pflegeplanung I S = Stammblatt Ta = Tagesablauf Pv = Pflegevisite

© MASFG RLP

Pflegebericht

Ihre Fragen zur Musterdokumentation an:

Nicole Rünz
Referat 645 - Pflege -
Ministerium für Arbeit, Soziales,
Familie und Gesundheit
Rheinland-Pfalz
Bauhofstraße 9
55116 Mainz

Tel.: 06131/16-2055
Fax: 06131/16-17-2055
E-Mail: nicole.ruenz@masgff.rlp.de
Homepage: www.masgff.rlp.de

Platz für Ihre Notizen:

Anlage

„Pflegedokumentation Diabetes“

entwickelt vom Landesdiabetesbeirat in Zusammenarbeit mit der Diabeteskommission der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz

Arzt-Name: Fax-Nr.

Pflegedokumentation Diabetes

Zu dieser Diabetes-Pflegedokumentation gehört ein ausführlicher ärztlicher Behandlungsplan mit Angaben zu:
Korrektur-Insulin (Korr.-Ins.), Spritz - Ess - Abstand (SEA) und Ausgleichs-BE (+ BE)

Patienten-Name, Vorname: ..... Dokumentationszeitraum: vom ..... bis .....

Datum	Uhrzeit	BZ mg/dl	Insulinname	Insulin IE	Spritzstelle			SEA min.	+ BE	Besonderheiten	Hdz
					B	OS	G				

BZ = Blutzucker

Spritzstelle:
(anzukreuzen)

B = Bauch
OS = Oberschenkel
G = Gesäßregion
(Oberarm: **keine** Insulinspritzst

SEA: Spritz - Ess - Abstand
+ BE = Ausgleichs-BE bei niedrigem/hypoglykämischen BZ (z.B. Traubenzucker, Saft)
Besonderheiten = z.B. Hypoglykämie (Unterzuckerung), Koma, Symptome, Fieber
Hdz = Handzeichen

Diabeteskommission AOK Rheinland-Pfalz

Stand: 08.06.2004