

|                                   |                           |
|-----------------------------------|---------------------------|
| <b>Hausintern – Bewohnername:</b> | <b>Erhebungszeitraum:</b> |
|-----------------------------------|---------------------------|

Hausinterne Bemerkungen zur Erhebung (z. B. Änderungen, Datum der Erhebung, Evaluierung, HZ)

|  |     |   |                       |
|--|-----|---|-----------------------|
| Erste Erhebung (auf diesem Bogen) durchgeführt am (Datum): | HZ: | <input type="checkbox"/> <b>Daten an die DAS übermittelt am</b> | (nichts mehr ändern!) |
|--|-----|---|-----------------------|

## Erhebung

|                             |                       |               |                     |
|-----------------------------|-----------------------|---------------|---------------------|
| <b>Einrichtungskennung:</b> | <b>Bewohner-Code:</b> | <b>Datum:</b> | <b>Wohnbereich:</b> |
|-----------------------------|-----------------------|---------------|---------------------|

## Allgemeine Angaben

|   |                            |                     |  |                          |
|---|----------------------------|---------------------|--|--------------------------|
| <b>A.1 – Datum des Einzugs:</b> (Beginn vollstat. Versorgung) | <b>A.2 – Geburtsmonat:</b> | <b>Geburtsjahr:</b> | <b>A.3 – Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | <b>A.4 – Pflegegrad:</b> |
|---|----------------------------|---------------------|--|--------------------------|

|   |                                      |  |   |
|---|--------------------------------------|--|---|
| <b>A.5 – Krankheitsereignisse seit der letzten Ergebniserfassung</b> (bei Ersterfassung max. 6 Monate zurück) |                                      |  |   |
| <input type="checkbox"/> Apoplex am:  | <input type="checkbox"/> Fraktur am: | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt am: | <input type="checkbox"/> Amputation am: |

|  |  |
|--|--|
| <b>A.6 – Krankenhausbehandlung seit der letzten Ergebniserfassung</b> (bei Ersterfassung max. 6 Monate zurück) |  |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, einmal <input type="checkbox"/> ja, mehrmals        | KKH-Aufenthalt mit der längsten Dauer von:                      bis: |
| Anzahl KKH-Aufenthalte:  | Gesamtzahl Tage aller KKH-Aufenthalte:                               |

|  |  |
|--|--|
| <b>A.7 – Beatmung:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nicht invasiv <input type="checkbox"/> ja, invasiv | <b>A.8 – Bewusstseinszustand:</b> <input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> schläfrig <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> komatös <input type="checkbox"/> Wachkoma |
|--|--|

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>A.9 – Ärztliche Diagnosen</b> | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Bösartige Tumorerkrankung <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose<br><input type="checkbox"/> Tetraplegie/Tetraparese <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Chorea Huntigton <input type="checkbox"/> Apallisches Syndrom |
|----------------------------------|---|

## 1. BI-Modul Mobilität (nur körperliche Fähigkeiten bewerten!)

|  |   |
|--|---|
| <b>1.1 – Positionswechsel im Bett</b>                | <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbständig <input type="checkbox"/> unselbständig |
| <b>1.2. – Halten einer stabilen Sitzposition</b>     | <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbständig <input type="checkbox"/> unselbständig |
| <b>1.3. – sich Umsetzen</b>                          | <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbständig <input type="checkbox"/> unselbständig |
| <b>1.4. – Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs</b> | <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbständig <input type="checkbox"/> unselbständig |
| <b>1.5. – Treppensteigen</b>                         | <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbständig <input type="checkbox"/> unselbständig |

**2. BI-Modul Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**

|   |                                    |   |   |  |
|---|------------------------------------|---|---|--|
| 2.1 – Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld  | <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> größtenteils vorhanden | <input type="checkbox"/> gering vorhanden | <input type="checkbox"/> nicht vorhanden |
| 2.2 – Örtliche Orientierung                         | <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> größtenteils vorhanden | <input type="checkbox"/> gering vorhanden | <input type="checkbox"/> nicht vorhanden |
| 2.3 – Zeitliche Orientierung                        | <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> größtenteils vorhanden | <input type="checkbox"/> gering vorhanden | <input type="checkbox"/> nicht vorhanden |
| 2.4 – Sich erinnern                                 | <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> größtenteils vorhanden | <input type="checkbox"/> gering vorhanden | <input type="checkbox"/> nicht vorhanden |
| 2.5 – Steuern von mehrschrittigen Handlungen        | <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> größtenteils vorhanden | <input type="checkbox"/> gering vorhanden | <input type="checkbox"/> nicht vorhanden |
| 2.6 – Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben    | <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> größtenteils vorhanden | <input type="checkbox"/> gering vorhanden | <input type="checkbox"/> nicht vorhanden |
| 2.7 – Verstehen von Sachverhalten und Informationen | <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> größtenteils vorhanden | <input type="checkbox"/> gering vorhanden | <input type="checkbox"/> nicht vorhanden |
| 2.8 – Erkennen von Risiken und Gefahren             | <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> größtenteils vorhanden | <input type="checkbox"/> gering vorhanden | <input type="checkbox"/> nicht vorhanden |
| 2.9 – Mitteilen von elementaren Bedürfnissen        | <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> größtenteils vorhanden | <input type="checkbox"/> gering vorhanden | <input type="checkbox"/> nicht vorhanden |
| 2.10 – Verstehen von Aufforderungen                 | <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> größtenteils vorhanden | <input type="checkbox"/> gering vorhanden | <input type="checkbox"/> nicht vorhanden |
| 2.11 – Beteiligung an einem Gespräch                | <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> größtenteils vorhanden | <input type="checkbox"/> gering vorhanden | <input type="checkbox"/> nicht vorhanden |

**4. BI-Modul Selbstversorgung: Angaben zur Versorgung**

|  |   |
|--|---|
| 4.A – Künstliche Ernährung (über eine Sonde oder parenteral) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (ausschließlich oral) → weiter zu 4.B |
|--|---|

|   |
|---|
| Wenn JA: Umfang der künstlichen Ernährung   |
| <input type="checkbox"/> nicht täglich oder nicht dauerhaft <input type="checkbox"/> täglich, aber zusätzlich zur oralen Nahr. <input type="checkbox"/> (nahezu) ausschließlich künstl. |
| Bedienung selbständig: <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Fremdhilfe   |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 4.B – Blasenkontrolle/Harnkontinenz | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter oder Urostoma → weiter zu 4.C |
|-------------------------------------|--|

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> ständig kontinent <input type="checkbox"/> überwiegend kontinent (max. 1x pro Tag inkontinent oder Tröpfchen/Stress-Inkontinenz) |
| <input type="checkbox"/> überwiegend inkontinent (mehrmals täglich, gesteuerte Blasenentleerung möglich)  |
| <input type="checkbox"/> komplett inkontinent (gesteuerte Blasenentleerung nicht möglich)   |

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 4.C – Darmkontrolle/Stuhkontinenz | <input type="checkbox"/> Colo- oder Ileostoma → weiter zu 4.1 |
|-----------------------------------|---|

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> ständig kontinent <input type="checkbox"/> überwiegend kontinent (gelegentlich inkontinent)              |
| <input type="checkbox"/> überwiegend inkontinent (selten gesteuerte Darmentleerung) <input type="checkbox"/> komplett inkontinent |

**4. BI-Modul Selbstversorgung: Bewertung der Selbständigkeit**

|  |                                      |  |  |  |
|--|--------------------------------------|--|--|--|
| 4.1 – Waschen des vorderen Oberkörpers   | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend unselbständig | <input type="checkbox"/> unselbständig |
| 4.2 – Körperpflege im Bereich des Kopfes | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend unselbständig | <input type="checkbox"/> unselbständig |

|  |                                      |  |  |  |
|--|--------------------------------------|--|--|--|
| 4.3. – Waschen des Intimbereiches                                    | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend unselbständig | <input type="checkbox"/> unselbständig             |
| 4.4. – Duschen oder Baden mit Waschen der Haare                      | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend unselbständig | <input type="checkbox"/> unselbständig             |
| 4.5. – An- und Auskleiden des Oberkörpers                            | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend unselbständig | <input type="checkbox"/> unselbständig             |
| 4.6. – An- und Auskleiden des Unterkörpers                           | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend unselbständig | <input type="checkbox"/> unselbständig             |
| 4.7. – Mundgerechte Zubereitung der Nahrung, Eingießen von Getränken | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend unselbständig | <input type="checkbox"/> unselbständig             |
| 4.8. – Essen   | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend unselbständig | <input type="checkbox"/> unselbständig             |
| 4.9. – Trinken   | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend unselbständig | <input type="checkbox"/> unselbständig             |
| 4.10. – Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls           | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend unselbständig | <input type="checkbox"/> unselbständig             |
| 4.11. – Bewältigung d. Harninkontinenz (+Dauerkat/Stoma)             | <input type="checkbox"/> entfällt    | <input type="checkbox"/> selbständig             | <input type="checkbox"/> überwiegend selbständig   | <input type="checkbox"/> überwiegend unselbständig |
| 4.12. – Bewältigung d. Stuhlinkontinenz (+Umgang Stoma)              | <input type="checkbox"/> entfällt    | <input type="checkbox"/> selbständig             | <input type="checkbox"/> überwiegend selbständig   | <input type="checkbox"/> überwiegend unselbständig |

**6. BI-Modul Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**

|  |                                      |  |  |  |
|--|--------------------------------------|--|--|--|
| 6.1 – Tagesablauf gestalten u. an Veränderungen anpassen   | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend unselbständig | <input type="checkbox"/> unselbständig |
| 6.2. – Ruhen und Schlafen                                  | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend unselbständig | <input type="checkbox"/> unselbständig |
| 6.3. – Sich beschäftigen                                   | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend unselbständig | <input type="checkbox"/> unselbständig |
| 6.4. – In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen       | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend unselbständig | <input type="checkbox"/> unselbständig |
| 6.5. – Interaktion mit Personen im direkten Kontakt        | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend unselbständig | <input type="checkbox"/> unselbständig |
| 6.6. – Kontaktpflege zu Pers. außerh. des direkten Umfelds | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend unselbständig | <input type="checkbox"/> unselbständig |

**7. Dekubitus**

|  |  |                                 |   |  |
|--|--|---------------------------------|---|--|
| 7.1 – Dekubitus seit der letzten Ergebniserfassung     | <input type="checkbox"/> ja, einmal <input type="checkbox"/> ja, mehrmals <input type="checkbox"/> nein → weiter zu 8. |                                 |   |  |
| 7.2 – Max. Dekubitusstadium (im Beobachtungszeitraum): | <input type="checkbox"/> Kat. 1  | <input type="checkbox"/> Kat. 2 | <input type="checkbox"/> Kat. 3   | <input type="checkbox"/> Kat. 4 <input type="checkbox"/> unbekannt |
| 7.3.1 – Dekubitus Fall 1 (nicht für Kat. 1): von       | bis (ggf. heute)   | 7.3.2 – Entstehungsort:         | <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> zuhause (vor Einzug) <input type="checkbox"/> woanders |  |
| 7.3.3 – Dekubitus Fall 2 (nicht für Kat. 1): von       | bis (ggf. heute)   | 7.3.4 – Entstehungsort:         | <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> zuhause (vor Einzug) <input type="checkbox"/> woanders |  |

**8. Körpergröße und Gewicht**

|   |  |
|---|--|
| 8.1 – Körpergröße:          cm  | 8.2 – Aktuelles Gewicht:          kg dokumentiert am |
| 8.3 – lt. Pflegedoku trifft folgendes zu seit der letzten Ergebniserfassung   |  |
| Gewichtsverlust: <input type="checkbox"/> durch medikamentöse Ausschwemmung <input type="checkbox"/> aufgrund ärztlich verordneter/erlaubter Diät <input type="checkbox"/> mehr als 10% während Krankenhausaufenthalt |  |
| Aktuelles Gewicht liegt nicht vor: Bewohner wird nicht mehr gewogen wegen... <input type="checkbox"/> Entscheidung von Arzt/Angehörigen/Betreuer <input type="checkbox"/> Bewohner möchte nicht gewogen werden        |  |

### 9. Sturzfolgen (seit dem Einzug; ohne Stürze/Sturzfolgen während der Betreuung durch andere)

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <b>9.1 – Stürze seit der letzten Ergebniserfassung</b> | <input type="checkbox"/> ja, einmal           | <input type="checkbox"/> ja, mehrmals                        | <input type="checkbox"/> nein → weiter zu 10               |
| <b>9.2 – Sturzfolgen</b> (Mehrfachangaben):            | <input type="checkbox"/> Frakturen            | <input type="checkbox"/> ärztl. behandlungsbedürftige Wunden |  |
| erhöhter Unterstützungsbedarf bei                      | <input type="checkbox"/> Alltagsverrichtungen | <input type="checkbox"/> Mobilität                           | <input type="checkbox"/> keine der genannten Folgen in 9.2 |

### 10.a Anwendung von Gurten (jede Art von Gurten berücksichtigen)

|  |                                  |  |   |   |
|--|----------------------------------|--|---|---|
| <b>10.1 – Anwendung von Gurten in den letzten 4 Wochen</b> | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein → weiter zu 10.b |   |   |
| <b>10.2 – Häufigkeit der Anwendung:</b>                    | <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> mehrmals wöchentlich  | <input type="checkbox"/> 1x wöchentlich | <input type="checkbox"/> seltener als 1x wö |

### 10.b Anwendung von Bettseitenteilen (nur durchgehende Seitenteile berücksichtigen)

|  |                                  |   |   |   |
|--|----------------------------------|---|---|---|
| <b>10.3 – Anwendung von Bettseitenteilen in den letzten 4 Wochen</b> | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein → weiter zu 11  |   |   |
| <b>10.4 – Häufigkeit der Anwendung:</b>                              | <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> mehrmals wöchentlich | <input type="checkbox"/> 1x wöchentlich | <input type="checkbox"/> seltener als 1x wö |

### 11. Schmerz

|   |  |  |                                   |                                 |
|---|--|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| <b>11.1 – Anzeichen für länger andauernden Schmerz</b>            | <input type="checkbox"/> ja                      | <input type="checkbox"/> nein → weiter zu 12 |                                   |                                 |
| <b>11.2 – schmerzfrei durch medikamentöse Schmerzbehandlung</b>   | <input type="checkbox"/> ja                      | <input type="checkbox"/> nein                |                                   |                                 |
| <b>11.3 – differenzierte Schmerzeinschätzung vorgenommen</b>      | <input type="checkbox"/> ja – Datum der letzten: | <input type="checkbox"/> nein → zu 12        |                                   |                                 |
| <b>11.4 – Informationen über den Schmerz in der Einschätzung:</b> | <input type="checkbox"/> Intensität              | <input type="checkbox"/> Lokalisation        | <input type="checkbox"/> Qualität | <input type="checkbox"/> Folgen |

### 12. Einzug (= Beginn der vollstationären Versorgung)

|  |   |                                 |
|--|---|---------------------------------|
| <b>12.1 – Bewohner Neueinzug seit letzter Erfassung</b>  | <input type="checkbox"/> ja                     | <input type="checkbox"/> nein   |
| <b>12.2 – Einzug direkt anschließend an Kurzzeitpflege in der Einrichtung</b>  | <input type="checkbox"/> ja – Beginn der KzPfl: | <input type="checkbox"/> nein   |
| <b>12.3 – In den ersten 8 Wo nach Einzug mehr als 3 Tage im Krankenhaus</b>  | <input type="checkbox"/> ja – Dauer:            | – <input type="checkbox"/> nein |
| <b>12.4 – In den Wochen nach Einzug Gespräch mit BW/Angehörige/Betreuer über das Einleben und weitere Versorgung</b>   |   |                                 |
| <input type="checkbox"/> ja – am <input type="checkbox"/> nicht möglich wegen fehlender Vertrauenspersonen des BW <input type="checkbox"/> nein, andere Gründe |   |                                 |
| <b>Wenn JA: Teilnehmer am Gespräch:</b> <input type="checkbox"/> Bewohner <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Betreuer                |   |                                 |
| <input type="checkbox"/> andere Vertrauenspersonen (angeben):  |   |                                 |
| <b>12.5 – Dokumentation der Ergebnisse des Gesprächs</b>   | <input type="checkbox"/> ja                     | <input type="checkbox"/> nein   |

Hausinterne Bemerkungen zur Erhebung

|  |     |
|--|-----|
| <input type="checkbox"/> Daten der Erhebung (auf diesem Bogen – nicht mehr ändern!) an die DAS übermittelt am (Datum): | HZ: |
|--|-----|