

Hausintern – Bewohnername:	Erhebungszeitraum:
-----------------------------------	---------------------------

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

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

Erhebung

Einrichtungskennung:	Bewohner-Code:	Datum:	Wohnbereich:
-----------------------------	-----------------------	---------------	---------------------

Allgemeine Angaben

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

A.5 – Krankheitsereignisse seit der letzten Ergebniserfassung (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:

A.6 – Krankenhausbehandlung seit der letzten Ergebniserfassung (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:

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

A.9 – Ärztliche Diagnosen	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Bösartige Tumorerkrankung <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose <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!)

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

nicht täglich oder nicht dauerhaft täglich, aber zusätzlich zur oralen Nahr. (nahezu) ausschließlich künstl.

Bedienung selbständig: selbständig mit Fremdhilfe

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

ständig kontinent überwiegend kontinent (max. 1x pro Tag inkontinent oder Tröpfchen/Stress-Inkontinenz)

überwiegend inkontinent (mehrmals täglich, gesteuerte Blasenentleerung möglich)

komplett inkontinent (gesteuerte Blasenentleerung nicht möglich)

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

ständig kontinent überwiegend kontinent (gelegentlich inkontinent)

überwiegend inkontinent (selten gesteuerte Darmentleerung) 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)

9.1 – Stürze seit der letzten Ergebniserfassung	<input type="checkbox"/> ja, einmal	<input type="checkbox"/> ja, mehrmals	<input type="checkbox"/> nein → weiter zu 10
9.2 – Sturzfolgen (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)

10.1 – Anwendung von Gurten in den letzten 4 Wochen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein → weiter zu 10.b		
10.2 – Häufigkeit der Anwendung:	<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)

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

11. Schmerz

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

12. Einzug (= Beginn der vollstationären Versorgung)

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