

| | |
|--|---|
| Informationen Erstgespräch: Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun? | |
| Hilfe bei der Körperpflege | Hilfe bei der Mobilisation |
| Hilfe beim Essen und Trinken | Hilfe bei Toilettengängen/Ausscheidung |
| Hilfe bei der Alltagsgestaltung | Ziele |
| Weitere Hilfen? Angebote? Wünsche? | |
| Kognitive und kommunikative Fähigkeiten | |
| Einschränkung Sehen | Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Lupe <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> Sonstige: |
| Einschränkung Hören <input type="checkbox"/> Hörgerät | Einschränkung Erinnerung |
| Blickkontakt | Einschränkung Gedächtnisleistung |
| Mitteilung von Wünschen und Bedürfnissen | Sinnhafte Gespräche, Kommunikation |
| Orientierung <input type="checkbox"/> voll orientiert <input type="checkbox"/> eingeschränkt: <input type="checkbox"/> situativ <input type="checkbox"/> örtlich <input type="checkbox"/> zeitlich <input type="checkbox"/> zur Person <input type="checkbox"/> desorientiert | Sprachverständlichkeit <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> kaum <input type="checkbox"/> keine |
| Psychische Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeitsdefizit <input type="checkbox"/> Erkennen von Risiken und Gefahren |
| <input type="checkbox"/> verbale Aggression <input type="checkbox"/> Wahnvorstellungen <input type="checkbox"/> Abwehrverhalten <input type="checkbox"/> Ängste <input type="checkbox"/> Beschädigen von Gegenständen <input type="checkbox"/> selbstschädigendes Verhalten <input type="checkbox"/> lautes Rufen <input type="checkbox"/> Gefährdung anderer <input type="checkbox"/> ständiges Wiederholen von Worten <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit <input type="checkbox"/> Desinteresse <input type="checkbox"/> distanzloses Verhalten <input type="checkbox"/> unpassendes Auskleiden <input type="checkbox"/> vehemente Forderung nach Aufmerksamkeit | |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> Sturz-Risiko |
| Mobilität und Beweglichkeit | |
| Eingeschränkte Mobilität im <input type="checkbox"/> Liegen <input type="checkbox"/> Sitzen <input type="checkbox"/> Stehen <input type="checkbox"/> Gehen <input type="checkbox"/> Treppensteigen | |
| Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Lifter <input type="checkbox"/> Weichlagerungsmatratze <input type="checkbox"/> Wechseldruckmatratze <input type="checkbox"/> AD-Kissen <input type="checkbox"/> Strickleiter <input type="checkbox"/> Bettband <input type="checkbox"/> Rutschbrett <input type="checkbox"/> Gleitunterlage <input type="checkbox"/> Lagerungshilfsmittel <input type="checkbox"/> Spezialbett <input type="checkbox"/> Sonstige: |
| Bewegungseinschränkungen | <input type="checkbox"/> Kopf <input type="checkbox"/> Arme <input type="checkbox"/> Hände <input type="checkbox"/> Finger <input type="checkbox"/> Oberkörper <input type="checkbox"/> Unterkörper <input type="checkbox"/> Beine <input type="checkbox"/> Füße <input type="checkbox"/> Bemerkung |
| Motorisch auffälliges Verhalten | <input type="checkbox"/> zielloses Umhergehen <input type="checkbox"/> Rastlosigkeit <input type="checkbox"/> ständiges aufstehen/hinsetzen <input type="checkbox"/> hin- und her rutschen <input type="checkbox"/> unkoordinierte Bewegungen |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> Sturz-Risiko <input type="checkbox"/> Dekubitus-Risiko <input type="checkbox"/> Kontraktur-Risiko |
| Krankheitsbezogene pflegerelevante Anforderungen und Belastungen | |
| Umgang mit Medikamenten | <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> unselbstständig |
| Neigung zu | <input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Harnwegsinfekt <input type="checkbox"/> Thrombose |
| <input type="checkbox"/> Kachexie <input type="checkbox"/> Adipositas | |
| Schmerzen | <input type="checkbox"/> stabile Schmerzsituation <input type="checkbox"/> instabile Schmerzsituation <input type="checkbox"/> Behandlungsplan vorhanden <input type="checkbox"/> Behandlungsplan wirksam |
| Wunden (wo, welche) | <input type="checkbox"/> siehe Wunddokumentation |
| <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe <input type="checkbox"/> intravenöse Zugänge <input type="checkbox"/> O2-Gabe <input type="checkbox"/> Absaugen <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Katheter <input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Diäten <input type="checkbox"/> PEG | |
| Sonstiges | |
| Arztbesuche | |

| | | |
|----------------------------|--|--|
| Selbstversorgung | | |
| Körperpflege | <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> unselbstständig | Hautzustand <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: <input type="checkbox"/> Intertrigo-Risiko |
| An- und Auskleiden | <i>Oberkörper</i> <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> unselbstständig | Mund-/Zahnzustand <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: <input type="checkbox"/> Soor- und Parotitis-Risiko |
| | <i>Unterkörper</i> <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> unselbstständig | Zahnprothese <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten |
| Essen und Trinken | Gewohnte Trinkmenge ca. | <input type="checkbox"/> Verweigerung Essen/Trinken: <input type="checkbox"/> Mangelernährungs-Risiko |
| | Gewohnheiten: | |
| Toilettengang | <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> unselbstständig <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten beim Umgang mit Exkrementen: | |
| Ausscheidungen Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> Toilettensstuhl <input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung <input type="checkbox"/> Urinflasche <input type="checkbox"/> Steckbecken <input type="checkbox"/> Inkontinenzhilfsmittel | |
| Kontinenz profil | Tag <input type="checkbox"/> Kontinenz <input type="checkbox"/> unabhängig / <input type="checkbox"/> abhängig erreichte Kontinenz <input type="checkbox"/> unabhängig / <input type="checkbox"/> abhängig kompensierte Inkontinenz <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Inkontinenz-Risiko |
| | Nacht <input type="checkbox"/> Kontinenz <input type="checkbox"/> unabhängig / <input type="checkbox"/> abhängig erreichte Kontinenz <input type="checkbox"/> unabhängig / <input type="checkbox"/> abhängig kompensierte Inkontinenz <input type="checkbox"/> Inkontinenz | |
| Abwehr von Pflegemaßnahmen | | |
| Sonstiges | | |

| | | |
|---|--|--|
| Soziale Beziehungen, Tages- und Alltagsgestaltung, Beschäftigung | | |
| Gestaltung des Tagesablaufs | <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> unselbstständig | |
| Lösung von Alltagsproblemen | <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> unselbstständig | Ausführung komplexer Aufgaben <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> unselbstständig |
| Bezugs-Personen | Familie: | Vertraute Personen: |
| | Verstorbene Personen: | Ansprechpartner: |
| Tagesablauf | Gewohnte Bettgeh- und Aufstehzeit: | <input type="checkbox"/> Einschlaf-/Durchschlafprobleme: |
| | Rituale/Gewohnheiten: | |
| Sonstiges | | |

| | | |
|---|--|--|
| Erhalt/Förderung von Alltagsfähigkeiten bzw. Sicherstellung von Rückzugsbedürfnissen | | |
| Alltagskompetenzen/ Beratung | | |
| Rückzugs- bedürfnisse | | |

| Risikoeinschätzung | Sind Risiken vorhanden? | | | Dekubitus | | | Sturz | | | Inkontinenz | | | Schmerz | | | Ernährung | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Mit welchen der Themen lässt sich ein Risiko begründen? Ist eine weitere fachliche Einschätzung nötig und besteht beim Klienten/Angehörigen Beratungsbedarf? | Risiko | weitere Einschätzung | Beratungs-Bedarf | Risiko | weitere Einschätzung | Beratungs-Bedarf | Risiko | weitere Einschätzung | Beratungs-Bedarf | Risiko | weitere Einschätzung | Beratungs-Bedarf | Risiko | weitere Einschätzung | Beratungs-Bedarf | Risiko | weitere Einschätzung | Beratungs-Bedarf |
| 1. kognitive und kommunikative Fähigkeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mobilität und Beweglichkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. krankheitsbez. Anforderungen/Belastungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Selbstversorgung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Leben in sozialen Beziehungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |