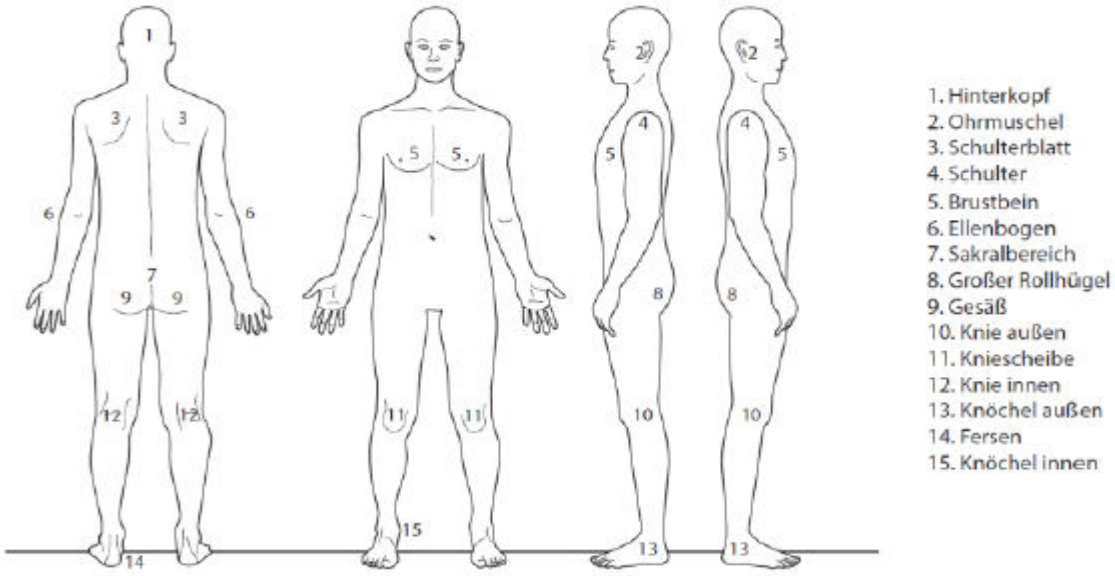
Anlage 1 - Wundmanagement

Angaben zum Bewohner	
Name:	

8.6 Wundmanagement
Beschreibung vorliegender Wunden



© Lisa Apfelbacher 2016

Art der Wunde	Dekubitus	Ulcus cruris	Diabetisches Fußsyndrom	sonstige chronische Wunde	sonstige nicht chronische Wunde
	☐	☐	☐	☐	☐

Größe	_____cm H x _____cm B x _____cm T		
Ort der Entstehung	Wohngemeinschaft ☐	extern ☐	nicht nachvollziehbar ☐
Lokalisation	Bitte Nummer laut Legende eintragen: _____		

Kategorie/ Stadium	I ☐	II ☐	III ☐	IV ☐	a ☐	b ☐
Umgebung	weiß ☐	rosig ☐	gerötet ☐	feucht ☐	trocken ☐	
Rand	rosig ☐	rot ☐	weich ☐	hart ☐	schmerzhaft ☐	
Exsudat	kein ☐	wenig ☐	viel ☐	klar ☐	☐	

Zustand	fest ☐	weich ☐	rosa ☐	rot ☐	gelb ☐
Nekrose	keine ☐	feucht ☐	trocken ☐	teilweise ☐	vollständig ☐
Geruch	kein ☐		übelriechend ☐		
Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)					

Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert? Ist es nachvollziehbar?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Anmerkungen:			

Anlage 2

Angaben zum Bewohner	
Name:	

8.7 Trachealkanülenmanagement			
8.7.1 Besteht eine Kooperation …			
… mit einem Beatmungszentrum?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
… mit einem Krankenhaus?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
… mit einem in der außerklinischen Beatmung erfahrenen Arzt?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Anmerkungen:			

8.7.2 Sachgerechter Umgang Trachealkanüle			
Sind die Fachkräfte entsprechend für den Umgang mit Bewohnern mit Trachealkanüle ausgebildet?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Gibt es ein Einarbeitungskonzept in diesem Bezug?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Wird das Tracheostoma täglich bzw. wenn die Tracheal-Kompresse verschmutzt oder durchnässt ist gereinigt?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Erfolgt die Pflege des Tracheostomas nach ärztlicher Anordnung?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Erfolgt der Wechsel der Trachealkanüle sachgerecht entsprechend der ärztlichen Verordnung?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Ist ein Notfallset vorhanden?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Enthält das Notfallset folgende Hilfsmittel:			
Trachealkanüle gleicher Art und Größe	☐		
Trachealkanüle eine Nummer kleiner	☐		
Beatmungsbeutel und –maske	☐		
Trachealkanülenverbandsmaterial	☐		
Absaugkatheter	☐		
Blockerspritze	☐		
Pflaster zum Stoma abdichten	☐		

Einmalhandschuhe + Mundschutz	☐		
ggf. Gleitmittel	☐		
ggf. Spreitzer	☐		
Wird das Notfallset regelmäßig überprüft?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Ist bei Bewohnern mit Trachealkanüle ein Mundpflegeset (Tupfer, Creme, desinfizierende Lösung (beschriftet mit wann, was Hdz.)) vorhanden?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Wird regelmäßig eine Mund- und Nasenpflege durchgeführt?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Anmerkungen:			

8.7.3 Kanülen mit Cuff			
Liegt ein Cuff-Druckmesser beim Bewohner bereit?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Wird der Cuffdruck mehrmals täglich geprüft und dokumentiert?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Wie hoch ist der Cuffdruck?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Liegt eine spezielle Anordnung vom HNO-Arzt dazu vor?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Anmerkungen:			

8.8 Absaugen			
Hat der Bewohner sein eigenes Absauggerät?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Gibt es ein zweites Absauggerät für den Bewohner?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Gibt es davon ein Gerät mit Akkubetrieb? Ist dieses Gerät immer an der Ladung?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Sind genügend Absaugkatheder vorhanden?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Erfolgt das Absaugen nach ärztlicher Anordnung?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Erfolgt das Absaugen sachgerecht?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Wird das Absauggerät regelmäßig gereinigt?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Erfolgt eine regelmäßige Beschreibung des Sekrets? *Dokumentation*	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Anmerkungen:			

8.9 Inhalation			
Hat der Bewohner sein eigenes Inhalationsgerät?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Erfolgt die Inhalation nach ärztlicher Anordnung?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Wird ein Nachweis über die Inhalation geführt?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Wird das Inhalationsgerät täglich gereinigt und luftgetrocknet? *Nachweis*	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Wird das Inhalationsgerät ordnungsgemäß (muss senkrecht liegen, um Kondenswasser in der Gänsegurgel zu verhindern) angebracht?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Anmerkungen:			

8.10 Sauerstoffversorgung			
Wird mit der Sauerstoffversorgung sachgerecht umgegangen?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Ist eine nachvollziehbare Funktionsüberprüfung des Sauerstoffgerätes erfolgt?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Entspricht die Sauerstoffversorgung der ärztlichen Anordnung? *auch bei Bedarfsmedikation*	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Werden die hygienischen Grundsätze beachtet? *z.B. Brillen-, Schlauch- und Befeuchtungswasserwechsel*	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Anmerkungen:			

Anlage 3 – Sondenernährung

Angaben zum Bewohner	
Name:	

9.3 Sondenernährung		
Der Bewohner ist versorgt mit:		
☐ Magensonde	☐ PEG-Sonde	☐ PEJ-Sonde
Umfang der Sondenernährung:		
☐	vollständige Sondenernährung	
☐	teilweise Sondenernährung	
☐	zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich	
☐	zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich	
☐	Applikation per Pumpe	
☐	Applikation per Schwerkraft	
☐	Applikation per Bolus	
Nahrung	kcal/24 h	Flussrate ml/h
Flüssigkeit	ml/24 h	Flussrate ml/h
☐	subkutane Infusion	
☐	intravenöse Infusion	
☐	Hilfsmittel	
☐	Sonstigem	

Wird der Bewohner monatlich gewogen?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Stimmt die Dokumentation mit dem ärztlich festgelegten Ernährungsplan überein?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Ist die Ernährungspumpe richtig nach der Verordnung eingestellt?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Wird zwischen den Ernährungsgaben eine ca. vierstündige Pause eingehalten?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Gibt es bei der Ernährung eine nächtliche Pause?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Wird die Ernährung beim Waschen abgehangen?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Ist das Stoma sauber?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Verbandswechsel erfolgte aller zwei Tage mit einem PEG Verbandsset und Prontosan C	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Wurde die PEG sachgemäß befestigt?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐

Werden die Schläuche täglich gewechselt?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Wird eine Ein- und Ausfuhrkontrolle durchgeführt?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Werden ggf. bei Auffälligkeiten Maßnahmen eingeleitet?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmacksinn angeregt?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Anmerkungen:			

3. Checkliste Pflegedokumentation	
Ambulant betreute Wohngemeinschaft	
Name der WG	

Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner

1. Angaben zum Bewohner					
Name:					
Pflegekasse:					
Pflegegrad	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Wohngemeinschaft/ Zimmernummer:			Einzugsdatum		
Geburtsdatum:					
Betreuer:					
Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)				Ja ☐	Nein ☐
Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziff. 24 der HKP-Richtlinie statt?				Ja ☐	Nein ☐
Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes:					
Vorhandene Unterlagen:					

2. Anwesende Personen	
Name des Prüfers	
Name des Mitarbeiters / Funktion	
sonstige Personen (z. B. gesetzlicher Betreuer)	

Dokumentationselemente Inhalte	Standard-/ ausstattung	Optional	Anmerkungen
Stammdaten	**X**		
Pflegeanamnese/ Informationssammlung (SIS)	**X**		
Biografie	**X**		
Pflegeplanung (Bedürfnisse, Probleme und Fähigkeiten, Ziele und geplante Maßnahmen, Evaluation der Ergebnisse)	**X**		
Maßnahmeplanung	**X**		
Verordnete medizinische Behandlungspflege		X	
Gabe verordneter Medikamente		X	
Arztkommunikation		X	
Durchführungsnachweis	**X**		
Pflegebericht	**X**		
Bewegungs-/ und Lagerungsplan		X	
Trink-/ Bilanzierungsplan		X	
Ernährungsplan		X	
Überleitungsbogen	**X**		
Wunddokumentation		X	
Dekubitusrisiko/ Dekubitusrisikoskala		X	
Fixierung		X	
Gewichtsverlauf		X	
Miktionsprotokoll		X	
Sturzrisiko		X	
Sonstiges		X	

4. Ärztliche Verordnungen			
Art der Verordnung	Verordnungs-intervall	Nachweis Durchführung	
		Ja ☐	Nein ☐
		Ja ☐	Nein ☐
		Ja ☐	Nein ☐
		Ja ☐	Nein ☐
		Ja ☐	Nein ☐
		Ja ☐	Nein ☐
		Ja ☐	Nein ☐
		Ja ☐	Nein ☐
		Ja ☐	Nein ☐
Anmerkungen:			

5. Risikobewertung						
Die versorgte Person bzw. Angehörige werden zu: …		Beratung		Sind dazu Maßnahmen festgelegt?		Verweis auf Punkt-Nr.
☐	Demenz	Ja ☐	Nein ☐	Ja ☐	Nein ☐	6.2
☐	Dekubitus	Ja ☐	Nein ☐	Ja ☐	Nein ☐	7.2
☐	Sturz	Ja ☐	Nein ☐	Ja ☐	Nein ☐	7.3
☐	Ernährung/ Flüssigkeitsversorgung	Ja ☐	Nein ☐	Ja ☐	Nein ☐	9.2
☐	Inkontinenz	Ja ☐	Nein ☐	Ja ☐	Nein ☐	
☐	Körperpflege	Ja ☐	Nein ☐	Ja ☐	Nein ☐	9.1
☐	Thrombose	Ja ☐	Nein ☐	Ja ☐	Nein ☐	7.5
☐	Schmerz	Ja ☐	Nein ☐	Ja ☐	Nein ☐	8.2
☐	Soor und Parotitis	Ja ☐	Nein ☐	Ja ☐	Nein ☐	
☐	Pneumonie	Ja ☐	Nein ☐	Ja ☐	Nein ☐	7.6
☐	Kontrakturen	Ja ☐	Nein ☐	Ja ☐	Nein ☐	7.4
☐		Ja ☐	Nein ☐	Ja ☐	Nein ☐	
Anmerkungen:						

6. Kommunikation		
6.1 Orientierung und Kommunikation		
Ist ein sinnvolles Gespräch möglich?	Ja ☐	Nein ☐
Ist eine nonverbale Kommunikation möglich?	Ja ☐	Nein ☐
Ist eine Orientierung in allen Qualitäten vorhanden?	Ja ☐	Nein ☐
Anmerkungen:		

6.2 Umgang mit Demenz		t.n.z. ☐
Liegen nach Angaben des Pflegedienstes demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?	Ja ☐	Nein ☐
Wird die versorgte Person /Pflegeperson bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten	Ja ☐	Nein ☐
Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet?	Ja ☐	Nein ☐
Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert?	Ja ☐	Nein ☐
Erfolgt die Planung und Umsetzung der Maßnahmen auf der Grundlage des Expertenstandards: Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz?	Ja ☐	Nein ☐
Anmerkungen:		

7. Mobilität und Bewegung				
7.1 Mobilität				
Der Bewohner wurde in der ambulant betreuten Wohngemeinschaft wie Folgt angetroffen:				
liegend ☐	sitzend ☐	stehend ☐	in Tageskleidung ☐	in Nachtwäsche ☐
Inwieweit ist die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt: *(z. B. inklusive Paresen, Kontrakturen)*				
obere Extremitäten	☐			
untere Extremitäten	☐			
Lageveränderung im Bett	☐			

Aufstehen	☐		
Sitzen / Lageveränderung im Sitzen	☐		
Stehen	☐		
Gehen	☐		
Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Werden die Bewohner motiviert sich so viel wie möglich zu bewegen?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Anmerkungen:			

7.2 Dekubitusrisiko			t.n.z. ☐
Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	Ja ☐		Nein ☐
Durch wen wurde die Risikobewertung vorgenommen?	☐ vom Prüfer beurteilt		
	☐ vom Pflegedienst		
Werden Bewohner/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwüres beraten?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Bewohner für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Werden die Leistungen nach dem jeweils allgemein anerkanntem Stand der fachlichen Erkenntnisse erbracht?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Erfolgt die Planung und Umsetzung der Maßnahmen auf der Grundlage des Expertenstandards: Dekubitus-prophylaxe in der Pflege?	Ja ☐		Nein ☐
Anmerkungen:			

7.3 Sturzrisiko			t.n.z. ☐
Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?	Ja ☐		Nein ☐
Durch wen wurde die Risikobewertung vorgenommen?	☐ vom Prüfer beurteilt		
	☐ vom Pflegedienst		
Werden bei Bewohner mit einem erhöhten Sturzrisiko die Bewohner/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Erfolgt die Planung und Umsetzung der Maßnahmen auf der Grundlage des Expertenstandards: Sturzprophylaxe in der Pflege?	Ja ☐		Nein ☐
Anmerkungen:			

7.4 Kontrakturen			t.n.z. ☐
Liegt ein erhöhtes Kontrakturrisiko vor?	Ja ☐		Nein ☐
Durch wen wurde die Risikobewertung vorgenommen?	☐ vom Prüfer beurteilt		
	☐ vom Pflegedienst		
Werden bei Bewohner mit einem erhöhten Kontrakturrisiko die Bewohner/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung einer Kontraktur beraten?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Anmerkungen:			

7.5 Thrombose			t.n.z. ☐
Liegt ein erhöhtes Thromboserisiko vor?	Ja ☐		Nein ☐
Durch wen wurde die Risikobewertung vorgenommen?	☐ vom Prüfer beurteilt		
	☐ vom Pflegedienst		
Werden bei Bewohner mit einem erhöhten Thromboserisiko die Bewohner/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung einer Thrombose beraten?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Anmerkungen:			

7.6 Pneumonie			t.n.z. ☐
Liegt ein erhöhtes Pneumonierisiko vor?	Ja ☐		Nein ☐
Durch wen wurde die Risikobewertung vorgenommen?	☐ vom Prüfer beurteilt		
	☐ vom Pflegedienst		
Werden bei Bewohner mit einem erhöhten Pneumonierisiko die Bewohner/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung einer Pneumonie beraten?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Anmerkungen:			

8. Behandlungspflege			
Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Anmerkungen:			
8.1 Medikation			
Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Wird mit i. v. Infusionen sachgerecht umgegangen?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Wird mit s. c. Infusionen sachgerecht umgegangen?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Anmerkungen:			

8.2 Schmerzmanagement			t.n.z. ☐
Hat der Bewohner Schmerzen?	Ja, akut ☐		Ja, chronisch ☐
Durch wen wurde die Schmerzeinschätzung vorgenommen?	☐ vom Prüfer beurteilt		
	☐ vom Pflegedienst		
Wird regelmäßig ein Schmerzprotokoll geführt bzw. ein angepasstes Schmerzmanagement?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Wird das Schmerzprotokoll entsprechend ausgewertet?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Wird aus den ausgewerteten Messungen die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Erfolgt die Planung und Umsetzung der Maßnahmen auf der Grundlage des Expertenstandards: Schmerzmanagement in der Pflege?	Ja ☐	Nein ☐	
Anmerkungen:			

8.3 Blutdruckmessung			
Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Wird die Blutdruckmessung entsprechend ausgewertet?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Werden aus den ausgewerteten Messergebnissen die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Anmerkungen:			

8.4 Blutzuckermessung			
Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Wird die Blutzuckermessung entsprechend ausgewertet?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Werden aus den ausgewerteten Messergebnissen die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Anmerkungen:			

8.5 Kompressionsverbände			
Liegt eine ärztliche Verordnung für Kompressionsstrümpfe / –verbände vor?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Sind Kompressionsstrümpfe / –verbände sachgerecht angelegt?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Kompressionsstrümpfe / –verbände sind sachgerecht angelegt, wenn:			
das Anlegen im Liegen bei entstauten Venen und abgeschwollen Beinen erfolgt	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
der Kompressionsverband immer in Richtung des Körperrumpfes gewickelt wird	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
der Kompressionsverband immer beim Anlegen faltenfrei ist	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Anmerkungen:			

8.6 Wundmanagement		
Erfolgt bei dem Bewohner eine Wundversorgung? Wenn ja, dann weiter Anlage 1 Wundmanagement.	Ja ☐	Nein ☐

Weitere Behandlungspflege

8.7 Trachealkanülenmanagement		
Hat der Bewohner eine Trachealkanüle? Wenn ja, weiter Anlage 2 Spezielle Behandlungspflege.	Ja ☐	Nein ☐
8.8 Absaugen		
Erfolgt bei dem Bewohner Absaugen? Wenn ja, weiter Anlage 2.	Ja ☐	Nein ☐
8.9 Inhalation		
Erfolgt bei dem Bewohner Inhalation? Wenn ja, weiter Anlage 2.	Ja ☐	Nein ☐
8.10 Sauerstoffversorgung		
Hat der Bewohner eine Sauerstoffversorgung? Wenn ja, weiter Anlage 2.	Ja ☐	Nein ☐

8.11 Umgang mit MRSA		t.n.z. ☐
Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen?	Ja ☐	Nein ☐
Anmerkungen:		

8.12 sonstige ärztliche Verordnungen und deren Umsetzung	
☐	
☐	
Anmerkungen:	

9. Selbstversorgung			
9.1 Körperpflege			
Sind die Haare in einem gepflegten Zustand?	gepflegt ☐	ungepflegt ☐	nicht geprüft ☐
Anmerkungen:			
Sind die Finger- und Fußnägel gepflegten Zustand?	gepflegt ☐	ungepflegt ☐	nicht geprüft ☐
Anmerkungen:			
Sind die Zehenzwischenräume sauber?	gepflegt ☐	ungepflegt ☐	nicht geprüft ☐
Anmerkungen:			
Ist die Haut in einem gepflegten Zustand?	normal ☐	auffällig ☐	nicht geprüft ☐
Anmerkungen:			
Sind die Hautfalten, Bauchnabel in einem gepflegten Zustand?	gepflegt ☐	ungepflegt ☐	nicht geprüft ☐
Anmerkungen:			

In welchem Zustand sind der Mundbereich und die Zähne?		
Zustand	Auffälligkeiten	
☐ normal ☐ Gebiss-/Zahnprothese intakt	☐ Schleimhaut trocken ☐ borkige Beläge ☐ Schleimhautdefekte	☐ Lippen trocken ☐ Lippen Hautdefekte ☐ Zahnprothese defekt
Anmerkungen:		

Werden individuelle Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Werden Zeitpunkt und Umfang der Körperpflegemaßnahmen mit dem Bewohner individuell abgestimmt?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Werden die Bewohner im Rahmen aktivierender Pflege unterstützt und angeleitet so weit wie möglich, die Körperpflege selbst zu übernehmen?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐

Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?	Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Anmerkungen:			

9.2 Ernährungszustand, Gewicht, Größe				
Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum			
	kg			
		☐ k.A.	☐ t.n.z.	☐ t.n.z.
Aktuelle Größe in cm		Aktueller BMI (kg/m²)		
Gewichtsverlauf in den letzten 6 Monaten	Zunahme	konstant	Abnahme	k.A.
	☐	☐	☐	☐
Flüssigkeitsversorgung	unauffällig	konzentrierter Urin	trockene Schleimhäute	stehende Hautfalten
	☐	☐	☐	☐
Bestehen Risiken / Einschränkungen im Bereich der Ernährung?			Ja ☐	Nein ☐
Durch wen wurden das bestehende Risiko bzw. die Einschränkung festgestellt?			☐ vom Prüfer beurteilt	
			☐ vom Pflegedienst	
Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?			Ja ☐	Nein ☐
Durch wen wurden das bestehende Risiko bzw. die Einschränkung festgestellt?			☐ vom Prüfer beurteilt	
			☐ vom Pflegedienst	
Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?			Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Werden individuelle Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?			Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?			Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?			Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Erhält der Bewohner, falls notwendig, die entsprechenden Hilfsmittel zur Nahrungs- bzw. Flüssigkeitsaufnahme?			Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Wird regelmäßig überprüft, ob es Anzeichen für eine Fehl-Ernährung oder für einen Flüssigkeits-Mangel gibt?			Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐

Erfolgt die Planung und Umsetzung der Maßnahmen auf der Grundlage des Expertenstandards: Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege?	Ja ☐	Nein ☐
Anmerkungen:		

9.3 Sondenernährung		
Wird der Bewohner mit Sondennahrung versorgt? Wenn ja, dann weiter Anlage 3 Sondenernährung.	Ja ☐	Nein ☐

9.4 Ausscheidung				
Der Bewohner ist versorgt mit		Anmerkungen:		
☐	Suprapubischem Katheter			
☐	Transurethralem Katheter			
☐	Inkontinenzprodukten	☐ offen	☐ geschlossen	
☐	Hilfsmitteln			
☐	Sonstigem			
Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbstständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?		Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Wer hat die Einschränkung festgestellt?		☐ vom Prüfer beurteilt		
		☐ vom Pflegedienst übernommen		
Werden pflegebedürftige Bewohner/Pflegepersonen über erforderliche Maßnahmen beraten?		Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?		Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidung/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?		Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Wird die erforderliche Hilfe beim Toilettengang gewährt oder stehen alternativ entsprechende Hilfsmittel bereit?		Ja ☐	Nein ☐	t.n.z. ☐
Erfolgt die Planung und Umsetzung der Maßnahmen auf der Grundlage des Expertenstandards: Förderung der Harninkontinenz in der Pflege?		Ja ☐	Nein ☐	
Anmerkungen:				