Anlagen:  Patientenverfügung  Vorsorgevollmacht  Medikamentenblatt  Arztbrief  Spritzenschema

Wunddokumentation  Lagerungsplan  Ernährungsplan  Sondenplan  MRSA-Bogen

Weitere:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | | |  | 4. Erschwernisfaktoren und Risiken: | | | | | | | | | | | | |
| Straße: |  | | |  | Kontrakturen  hochgradige Spastik | | | | | | | | | | | | |
| PLZ, Ort: |  | | |  | Hemiplegien / Parese | | | | | | | | | | | | |
| Telefon: | Geburtsdatum: | | |  | einschießende, unkontrollierte Bewegungen | | | | | | | | | | | | |
| Krankenkasse: |  | | |  | Adipositas  eingeschränkte Belastbarkeit | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | eingeschränkte Sinneswahrnehmung | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | therapieresistente Schmerzen | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | Reizbarkeit | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | Sonstiges: | | | | | | | | | | | | |
| Pflegestufe beantragt, wann: | Versichertennummer: | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
| Eilverfahren |  | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
| Leistungen wg. eingeschränkter Alltagskompetenz | | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
| Pflegestufe bewilligt, welche: | | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
| Konfession: | Sprache der Verständigung: | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
| Haustürschlüssel bei: | lebt allein | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
| SAPV |  | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
| Ansprechpartner, Name (n): |  | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | 5. Hautzustand. Intakt:  ja  nein Anzahl Wunden: | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | s. Wunddokumentation | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
| Angehörige  gesetzl. Betreuer  Bezugsperson  Vollmacht | | | |  | 6. Kommunizieren: | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | Störungen:  nein  ja  Logopädie | | | | | | | | | | | | |
| Tel.: | Mobil: | | |  | Einschränkungen beim | | | | | | | | | | | | |
| E-Mail: |  | | |  | Sprechen  Verstehen  Hören  Schreiben  Lesen | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
| Pflegeübernahme, Angehörige:  ja  nein  siehe Pflegehinweis | | | |  |
|  |  | | |  | 7. Sich bewegen:  KG | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | Hilfebedarf: | | S | | A | | B | | U | | tÜ | | vÜ |
| Hausarzt: | Tel.: | | |  | Treppensteigen | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | | |  | Gehen | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | | |  | Sitzen | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 1.Bekannte pflegerelevante Diagnosen, Allergien /Unverträglichkeiten: | | | |  | Transferieren | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | | |  | Bewegen im Bett | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | Pflegehinweise: | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
| Besonderes: |  | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
| Port  Portnadel gelegt am …… ….  Shunt  Schrittmacher  Dauerkatheter  SPF/SPK  Stoma  PEG – Sonde | | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
| Marcumar  insulinpflichtiger Diabetes  MRSA MRGN | | | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| CDT  sonstige: | | | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Abusus: | | | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 2. Zuletzt gegebene Medikamente / Injektionen: | | | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| siehe Medikamentenblatt  Arztbrief  Pflegehinweise | | | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
| 3. Hilfsmitel: | vorhanden | benötigt | bestellt |  |  | | | | | | | | | | | | |
| Antidekubitusmatratze/Krankenbett | / | / | / |  |  | | | | | | | | | | | | |
| Badewannenlifter / Toilettenstuhl | / | / | / |  |  | | | | | | | | | | | | |
| Rollstuhl / Rollator | / | / | / |  |  | | | | | | | | | | | | |
| Inkontinenzmaterial/ Stomaversorgung | / | / | / |  | Legende:  Bitte den notwendigen Hilfebedarf einschätzen:  (S) = selbständig, (A) = anleiten: verbal anleiten und auffordern (B) = beaufsichtigen, d.h. z.B. erinnern und kontrollieren, (U)= unterstützen, d.h. bereitstellen, nachbereiten (tÜ)= teilweise übernehmen, d.h. weitgehende Hilfestellungen in der Pflege (vÜ)= vollständige Übernahme | | | | | | | | | | | | |
| Sauerstoffgerät / Inhalator | / | / | / |  |
| BZ – Gerät / Blutdruckgerät | / | / | / |  |
| Brille  Hörgerät  li.  re. | / | / | / |  |
| Notrufsystem |  |  |  |  |
| Zahnprothese  oben  unten |  |  |  |  |
| weitere Prothesen: |  |  |  |  |
| Sonstige: |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 8. Vitale Funktionen: | | | | Atemwegserkrankungen: | | | | | | | | | | | |
| Tracheostoma | | | | Schlafapnoe | | | | | | |  | | | | |
| Stabil | | | | Trachealkanüle  Sprechkanüle | | | | | | | | | | Größe: Modell: | |
| Dilatativ  Home-Care-Beratung: | | | | Sauerstoffpflichtig | | | | | | | Sonstiges: | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| 9. Sich pflegen, sich kleiden: | | | | Hilfebedarf: | | | | | | | Pflegehinweis | | Pflegehinweise: | | |
|  | | | | S | A | B | | U | tÜ | vÜ | Hautpflege mit: | | Evtl. Fußnoten zu den bisherigen Punkten | |
| Duschen/Baden | | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Intimpflege | | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Waschen (OK) | | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Waschen (UK) | | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Haarpflege | | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Rasieren | | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Fußpflege | | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Handpflege | | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  | | |
| An - / Auskleiden (OK) | | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  | | |
| An - / Auskleiden (UK) | | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Besondere Wünsche: | | | | Versorgung durch | | | | | Frau  Mann | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | | |
| 10. Essen und trinken: | | | | Hilfebedarf | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | S | A | B | | U | tÜ | vÜ | Diät BMI: | |  | |
| Essen | | | |  |  |  | |  |  |  | Einfuhr- | |  | | |
| Trinken | | | |  |  |  | |  |  |  | beschränkung: | |  | | |
| Essen sicher gestellt durch | | | | Essen auf Rädern  weitere | | | | | | | | |  | | |
| Kauprobleme  Schmerzen im Mund  Schluckprobleme  Übelkeit | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Erbrechen  Durstgefühl eingeschränkt | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Vorlieben:  Abneigungen: | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Inappetenz: | | | | | | | | | | | | |  | | |
| enterale  parenterale Ernährung | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Sondennahrung, welche: | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Kostform/ Diät: | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Diabetes | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 11. Ausscheiden: | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | S | A | B | | U | tÜ | vÜ |  | |  | |
| Hygienische Nachsorge | | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Richten der Kleidung | | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Stuhlinkontinenz | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Harninkontinenz | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Inkontinenzmaterial, tags: nachts: | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Diarrhoe  Obstipation, letzter Stuhlgang am: | | | | | | | | | | | | |  | | |
| DK, letzter Wechsel: Ch.: | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Basisplatte, letzter Wechsel | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Art des Stomas: | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Stomaversorgung: | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Stomaberatung: | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | Erstellt am: Von: | | |
| 12. Ruhen und Schlafen: | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Schlafstörungen  Tag- / Nachtumkehr | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Schlafgewohnheiten: | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | (Stempel) | | |
| 13. Für Sicherheit sorgen: | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Herr / Frau ist … | ja | nein | Wenn nein: | | | |  | | | | |  |  | | |
| risikobewusst |  |  | Sturzgefahr | | | | Selbstgefährd. | | | | | Fremdgefährd. |  | | |
| ansprechbar |  |  | Verwirrtheit | | | |  | | | | | |  | | |
| orientiert |  |  | Störung: | | | |  | | | | |  | Rücksprache möglich unter Tel.: | | |
|  |  |  | zeitlich | | | | örtlich | | | | | zur Person |  | | |
|  |  |  | zur Situation  Hinlauftendenz | | | | | | | | | |  | | |
| emotional stabil |  |  | Ängste | | | | Unruhezustände | | | | | | Dokument online im Internet:  http://www.kreis-oh.de/Soziales&Gesundheit/ Gesundheitsamt/MRE-Netzwerk | | |
|  |  |  |  | | | | depressive Verstimmung | | | | | |
| Bett-Seitensicherung |  |  | eigener Wunsch | | | | | | | | | Teil-Seitensicherung |
|  |  |  | Fixierungsbeschluss | | | | | | | | |  |
| Hinweise: |  |  |  | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  | | | | | | | | |  |