

Pflegevisite

Pflege GmbH

Telefon:

Telefax:

Geb.: Vers.-N.:

Datum: _____

Datum:	Regelkontrolle	Beschwerde	Veränderung Pflegezustand	Anpassung Pflegegrad	Hdz.
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1.1 Aufnahmemanagement

Folgende Informationen sind aktuell:						
Datum:	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Ärztliche Diagnose	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Behandlungsverlauf	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Pflegenetzwerk	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Patientensichtweise erfragt	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Maßnahmenplanung bekannt	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					

1.2 Erfassung von Reaktion auf Risiken und Gefahren

Datum:	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Gesundheitliche Risiken	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.
Verhaltensbedingte Risiken	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.
Umgebungsbedingten Risiken	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.
Bedarf Anpassung Maßnahmenplan	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.
Bedarf Anpassung Beratung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.

Vorgaben zur Beratung

Wenn die angebotene Maßnahme, Empfehlung oder das Angebot einer Beratung nicht in Anspruch genommen oder abgelehnt wurde, ist dies dokumentiert.

1.3 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation

Stabilität der häuslichen Versorgung umfassend erkennen.						
Datum:	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Leistungsangebot ist aktuell	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Leistungen wurden erbracht	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Pflegeanamese ist aktuell	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Stabilität ist gewährleistet	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Medikation ist aktuell (bei Bedarf)	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.

Pflegevisite

Pflege GmbH

Telefon:

Telefax:

,

Geb.: Vers.-N.:

Datum: _____

Bedarf Anpassung Pflegegrad	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Bedarf Anpassung Maßnahmenplan	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Bedarf Anpassung Beratung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.

Pflegevisite

Pflege GmbH

Telefon:

Telefax:

Geb.: Vers.-N.:

Datum: _____

2.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Beeinträchtigungen und Ressourcen im Bereich der Mobilität sind erfasst und unter Berücksichtigung eines früheren Mobilitätsstatus beurteilt.						
Datum:	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Entfällt, da keine vorhandenen Einschränkungen	<input type="checkbox"/>					
Positionswechsel im Bett	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Halten einer stabilen Position	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Umsetzen	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Fortbewegung innerhalb der Wohnung	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Treppensteigen	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0- selbständig, 1- überwiegend selbständig, 2- überwiegend unselbständig, 3- unselbständig						

Mobilitätsbeeinträchtigungen bei der Einschätzung gesundheitlicher Risiken wurden berücksichtigt.						
Datum:	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Mobilitätsbeeinträchtigungen wurden berücksichtigt	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Angebot zielgerichtete Maßnahmen zur Mobilitätsförderung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Unterstützung bei sachgerechter Nutzung von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.
Bedarf Anpassung Maßnahmenplan	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Bedarf Anpassung Beratung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.

2.2 Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition

Datum:	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Keine Einschränkung:	<input type="checkbox"/>					
Persönliche Orientierung	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Örtliche Orientierung	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Zeitliche Orientierung	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Situative Orientierung	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Mitteilen von Bedürfnissen	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Erinnerung an wesentliche Ereignisse	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Steuerung mehrschrittiger Alltagshandlungen	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Treffen von Entscheidungen im Alltag	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Informationen und Sachverhalten verstehen	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Erkennen von Risiken & Gefahren	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Verstehen von Aufforderungen	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Beteiligung an Gesprächen	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Arzt wurde über Einschränkung informiert	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					

Pflegevisite

Pflege GmbH

Telefon:

Telefax:

,

Geb.: Vers.-N.:

Datum: _____

0- vorhanden, 1- größtenteils vorhanden, 2- in geringem Maße vorhanden, 3- nicht vorhanden

Pflegevisite

Pflege GmbH

Telefon:

Telefax:

Geb.: Vers.-N.:

Datum: _____

Kognitiven Beeinträchtigungen						
Datum:	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Entfällt, da keine vorhandene Diagnose Demenz	<input type="checkbox"/>					
Erhält bei Bedarf Orientierungs-, Deutungs- und Erinnerungshilfen	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.
Angehörige erfahren Unterstützung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.
Bedarf Anpassung Maßnahmenplan	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.
Bedarf Anpassung Beratung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.

2.3 Kommunikative Beeinträchtigungen bedarfs- & bedürfnisgerechte Unterstützung bei der Kommunikation und der Pflege sozialer Kontakte						
	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Entfällt, da keine vorhandene Diagnose Demenz	<input type="checkbox"/>					
Unterstützung bei der Kommunik. & der Pflege sozialer Kontakte	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.
Erhält u.a. Hilfestellugn & technische und anderer Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.
Bedarf Anpassung Maßnahmenplan	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.
Bedarf Anpassung Beratung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.

2.4 Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen						
Datum:	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Keine Einschränkung:	<input type="checkbox"/>					
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③
Nächtliche Unruhe	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③
Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③
Beschädigen von Gegenständen	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③
Pysisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Pers.	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③
Verbale Aggression	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③
Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③
Abwehr pflegerischer u. anderer unterstützender Maßnahmen	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③
Wahnvorstellungen	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③
Ängste	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③
Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③	⓪ ① ② ③

Pflegevisite

Pflege GmbH

Telefon:

Telefax:

Geb.: Vers.-N.:

Datum: _____

Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
0- Nie, sehr selten, 1- Selten, 1-3/14T., 2- Häufig, >2/7T., 3- Täglich						

Pflegevisite

Pflege GmbH

Telefon:

Telefax:

Geb.: Vers.-N.:

Datum: _____

2.4 Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen						
Datum:	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Entfällt, da keine vorhandenen Einschränkungen	<input type="checkbox"/>					
Verhaltenswirksame Faktoren wurden identifiziert & nachvollziehbar dokumentiert	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Gefährdungspotenzial beurteilt	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Kompensatorische Maßnahmen wurden eingeleitet	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Trotz verhaltenswirksamer Faktoren kein Unterstützungsbedarf	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Bezüglich Verhaltensproblematik geeignete Unterstützungsangebote	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Bedarf Anpassung Maßnahmenplan	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Bedarf Anpassung Beratung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.

2.5 Unterstützung bei der Körperpflege, Berücksichtigung der Wünsche des pflegebedürftigen Menschen						
Datum:	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Entfällt, da keine vorhandenen Einschränkungen	<input type="checkbox"/>					
Wünsche sind berücksichtigt	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Auffälligkeiten des Hautzustandes sind berücksichtigt	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.
Systematische Beobachtungen relevanter Körperpartien	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Hygieneanforderungen finden Berücksichtigung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Bedarf Anpassung Maßnahmenplan	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Bedarf Anpassung Beratung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.

2.6 Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme						
Datum:	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Entfällt, da keine vorhandenen Einschränkungen	<input type="checkbox"/>					
Fachgerechte Erfassung, quantitativ/qualitativ Risiko - Assessment ist aktuell	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Risiken für eine Mangelernährung / Dehydration werden berücksichtigt	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Wünsche sind berücksichtigt	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.
Maßnahmen werden durchgeführt	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Erforderliche Hilfsmittel werden fachgerecht eingesetzt	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.
Beobachtung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.
Adäquate Reaktion bei relevanter Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.

Pflegevisite

Pflege GmbH

Telefon:

Telefax:

,

Geb.: Vers.-N.:

Datum: _____

Bedarf Anpassung Maßnahmenplan	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Bedarf Anpassung Beratung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.

Pflegevisite

Pflege GmbH

Telefon:

Telefax:

Geb.: Vers.-N.:

Datum: _____

2.7 Unterstützung bei der Ausscheidung, Maßnahmen zum Kontinenzert, unterstützung bei Kontinenzverlust						
Datum:	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Entfällt, da keine vorhandenen Einschränkungen	<input type="checkbox"/>					
Fachgerechte Erfassung / Risiko - Assessment ist aktuell	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Kontinenzprofil zutreffend erfasst	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Wünsche sind berücksichtigt	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Geeignete Maßnahmen werden durchgeführt	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Beobachtung Entwicklung der Kontinenz	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Erforderliche Hilfsmittel werden fachgerecht eingesetzt	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.
Bedarf Anpassung Maßnahmenplan	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Bedarf Anpassung Beratung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.

2.8 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens sowie bei der Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte						
Datum:	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Entfällt, da keine vorhandenen Einschränkungen	<input type="checkbox"/>					
Individuelle Tagesstrukturierung wurde erarbeitet	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Interessen an Aktivitäten und Gewohnheiten sind bekannt?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Fachgerechte Unterstützung bei der Tagesstrukturierung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Unterstützung bedürfnisgerechten Beschäftigungen nachzugehen	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Förderung / Unterstützung sozialen Interaktion und Kommunikation	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Förderung / Unterstützung soziale Kontakte zu pflegen	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Tagesstrukturierung ist aktuell	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					

Pflegevisite

Pflege GmbH

Telefon:

Telefax:

Geb.: Vers.-N.:

Datum: _____

2.11 Schmerzmanagement						
Datum:	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Entfällt, da keine Schmerzen geäußert werden / wahrnehmbar sind,	<input type="checkbox"/>					
Fachgerechte Erfassung Schmerzsituation / Risiko-Assessment ist aktuell	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Ärztliche Kommunikation findet statt	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Eine differenzierte Schmerzeinschätzung ist bei Bedarf dokumentiert	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.
Maßnahmenplanung berücksichtigt die aktuelle Schmerzsituation	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Bei Bedarf werden nichtmed. Maßnahmen gelant & durchgeführt	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.
Schmerzmedikamenten entspricht der ärztlichen Anordnung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.
Schmerzmittelbedingte Wirkung & Nebenwirkungen sind beobachtet und bei Bedarf dem Arzt mitgeteilt	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.
Angehörigen sind im Umgang mit einer situationsgerechten Schmerzmedikation informiert und angeleitet worden	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.
Ang. sind in der Lage Schmerzeinschätzung durchzuführen und situationsgerechte Maßnahmen zur Reduktion bzw. Beseitigung der Schmerzen beizutragen	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.
Effekte des Schmerzes auf die Lebensqualität wurden erfasst?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					

3.1 Ärztlich verordnete Maßnahmen						
Datum:	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Entfällt, da keine vereinbarten oder verordneten Leistungen	<input type="checkbox"/>					
Die Maßnahmen werden entsprechend der ärztl. Verord. erbracht	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Bei Bedarf ist Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.
Ein erkennbarer Versuch wurde unternommen, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.
Bei unklaren oder unvollständigen Verordnungen wurde mit verordnendem Arzt kommuniziert	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> t.n.z.
Maßnahmen werden von Personen durchgeführt, die über den Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Die Durchführung der Maßnahme entspricht dem aktuellen Stand des Wissens	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					

Pflegevisite

Pflege GmbH

Telefon:

Telefax:

,

Geb.: Vers.-N.:

Datum: _____

