

Pflegesituationsbericht

Name und Anschrift der Einrichtung/ Organisation			
Pflege- bzw. Betreuungsperson für Rückfragen	Name und Qualifikation		
	Telefonische Erreichbarkeit		

Kunde oder Kundin bzw. Bewohner/in

Name					
Adresse					
SV-Träger		SV-Nummer	_ _ _ _	Geburtsdatum (TT MM JJ)	_ _ _ _ _ _
Rezeptgebührenbefreiung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betreuungsbeginn/Einzug (TT MM JJ)	_ _ _ _ _ _		
Angehörige/ Vertrauensperson (nach dem Heimvertragsgesetz)/sonstige Ansprechpartner	Name und Verhältnis zum Kunden/ zur Kundin bzw. Bewohner/in				
	Telefonische Erreichbarkeit				

Pflegerische Parameter vor dem Akutgeschehen

1	Brieftext	bei Bedarf			
2	Pflege- und Betreuungsdiagnosen	bei Bedarf			
3	Mobilität	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme	<input type="checkbox"/> Erhöhte Sturzgefahr		
4	Körperpflege und Kleiden	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme	<input type="checkbox"/> Zahn Prothesen		
5	Ernährung	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme	<input type="checkbox"/> PEG/sonstige Ernährungsform <input type="checkbox"/> Schluckstörungen		
6	Ausscheidung	<input type="checkbox"/> Harninkontinenz <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Harn- und Stuhlinkontinenz			
7	Hautzustand	<input type="checkbox"/> Intertrigo <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Ulcus			

8	Atmung	<input type="checkbox"/> Tracheostoma-Kanülenwechsel <input type="checkbox"/> Absaugung <input type="checkbox"/> O ₂ Gabe	
9	Schlaf	<input type="checkbox"/> Einschlafstörung <input type="checkbox"/> Durchschlafstörung	
10	Schmerz		
11	Orientierung und Bewusstseinslage		
12	Soziale Umstände und Verhalten		
13	Kommunikation	<input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit/Taubheit <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Migrationshintergrund	
14	Rollenwahrnehmung und Sinnfindung	seelsorgerische Begleitung erwünscht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Religionsbekenntnis:
15	Vitalparameter		
16	Pflegerrelevante Informationen zur medizinischen Behandlung	bestehende Zu- und Ableitungen (zB PEG, Drainagen, Venenkatheter, implantierte Pumpen), Umgang der betroffenen Person und pflegerische Maßnahmen, Risiken und Hilfsmittel	
17	Medikamentenverabreichung	Vorbereitung <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme	Einnahme <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme
18	Anmerkungen	nach Bedarf	keine fachlich relevante Information
19	Pflege- und Betreuungsumfang	Beschreibung des Betreuungs- und Pflegeaufwandes (zeitlicher Aufwand, notwendige Berufsgruppe, Pflegegeldstufe), Gebührenbefreiungen, bei Alten- und Pflegeheimbewohner/innen <input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger/in <input type="checkbox"/> Selbstzahler/in	
20	Patientenverfügung und andere juristische Dokumente	Angehörigenvertretung, Patientenverfügung, Sachwalterschaft, Vorsorgevollmacht Freiheitsbe- oder einschränkende Maßnahmen lt. HeimAufG	
21	Abschließende Bemerkungen	nach Bedarf	Grußformel
22	Beilagen	Mitgabe sämtlicher freigegebener medizinischer Unterlagen (z.B. Dauer- oder Einzelfallmedikation, letzter KH Befund, freiheitsbeschränkende Maßnahmen, Wunddokumentation medizinische Ausweise <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> PEG-Magensonde <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Antikoagulation Allergien/ Unverträglichkeiten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> keine bekannt	

Name: _____ Datum und Unterschrift: _____