

The image features a large, stylized blue letter 'K' on an orange background. The 'K' is composed of three thick, solid blue lines. One vertical line runs down the left side, and two diagonal lines branch off from its upper portion, extending towards the bottom right. The text 'Modul Pflegedokumentation' is centered in the upper right area of the page.

# Modul Pflegedokumentation

**INA-Pflege-Toolbox**  
**Unterrichtsmaterialien für die Pflegehilfe**  
**mit einem Handbuch zur Grundbildung in der Pflege**

Herausgeberin: Steffi Badel  
unter Mitarbeit von Kirsten Althaus, Annika Löbsin, Patrick Müzlitz, Stefanie Richter,  
Diana Stuckatz, Cornelia Wagner

Humboldt-Universität zu Berlin  
Kultur-, Sozial- und Bildungswissenschaftliche Fakultät  
Institut für Erziehungswissenschaften  
Abteilung Wirtschaftspädagogik  
Projekt INA-Pflege  
Unter den Linden 6  
10099 Berlin  
[www.ina-pflege.hu-berlin.de](http://www.ina-pflege.hu-berlin.de)  
Tel. (030) 2093-4122  
Fax (030) 2093-4165

Satz und Layout: re-designer, Sascha Bauer, Rehfelde  
Druck: Laserline, Berlin (Teil 2)  
Humboldt-Universität zu Berlin (Teil 1)  
Lektorat: Margret Kowalke-Paz (Teil 2)

Verlag: wbv Publikation  
ein Geschäftsbereich der wbv Media GmbH & Co. KG, Bielefeld  
[wbv.de](http://wbv.de)

3. Auflage 2017: 350  
DOI: 10.3278/6004916

Diese Publikation ist lizenziert unter Creative Commons Lizenzen. Alle Textelemente sind lizenziert unter der CC-BY-SA-Lizenz (Namensnennung, Weitergabe unter gleichen Bedingungen). Alle verwendeten Abbildungen tragen die CC-BY-ND-Lizenz (Namensnennung, keine Bearbeitung).  
Einzelne Module stehen zum kostenfreien Download zur Verfügung unter: [wbv.de/ina-pflege-toolbox](http://wbv.de/ina-pflege-toolbox)

Das dieser Veröffentlichung zugrunde liegende Vorhaben wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen W142200 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autoren und Autorinnen.





## Hinweis:

Dieses Arbeitsheft beinhaltet alle Arbeitsblätter des Moduls „Pflegedokumentation“. Es ist ein Auszug aus der INA-Pflege-Toolbox 1, welche Sie über diesen Link kostenfrei herunterladen können: [www.wbv.de/artikel/6004916w/](http://www.wbv.de/artikel/6004916w/). Die Seitenzählung entspricht der Seitenzählung des Gesamtwerkes, sodass die Nummerierung aller Arbeits- und Lösungsblätter identisch ist und über die Seitenzahlen auf einzelne Arbeitsblätter verwiesen werden kann. Folglich ist die Nummerierung in diesem Band nicht fortlaufend.

## Symbole:



Sprechen



Lesen



Schreiben



Rechnen



Aktion

# Teil 2 – Lehr- und Lernmaterialien

## Inhalt - Modulübersicht

Bausteine	Lerneinheiten	Seiten
<b>Modul Pflegedokumentation</b>		
1. Funktionen und Bestandteile der Pflegedokumentation	LE1 Warum Pflege dokumentieren?	P-3
	Sprachlupe: Die Modalverben	P-7
	LE2 Die Basisdokumente der Pflegeakte	P-17
	LE3 Spezielle Pflegedokumente	P-31
2. Grundlagen des Dokumentierens	LE1 Rechtliche Grundsätze des Dokumentierens	P-43
	LE2 Formale und inhaltliche Grundsätze des Dokumentierens	P-51
	LE3 Den Pflegebericht formulieren	P-59
	LE4 Die Pflegeakte führen	P-63

#### BILDNACHWEIS:

**Ordner:** INA-Pflege (drittes von links, viertes von links), Kzenon/shutterstock (fünftes von links), Lighthunter/shutterstock (erstes von links), Photographee.eu/shutterstock (zweites von links)

**Teil 2 – Lehr- und Lernmaterialien:** INA-Pflege (erstes und zweites von links), Kzenon/shutterstock (drittes von links)

Lehr- und Lernmaterialien: A and N photography/shutterstock (R-111 drittes von oben, R-115 drittes von oben), Adam J/shutterstock (B-142 oben rechts, B-146 oben rechts), agsandrew/shutterstock (W-19, W-17), AlexeyZet/shutterstock (K-57, K-59), Andresr/shutterstock (B-58 oben Mitte, B-64 oben Mitte), Andrey Arkusha/shutterstock (B-46 unten links, B-48 unten links), Anton Gvozdikov/shutterstock (W-51 unten, W-53 unten), Antonio Guillem/shutterstock (B-46 oben rechts, B-48 oben rechts), Bernd Leitner Fotodesign/shutterstock (R-109, R-113), Botond Horvath/shutterstock (R-120 links, R-128 links), Chaoss/shutterstock (B-46 oben Mitte, B-48 oben Mitte), CREATISTA/shutterstock (K-81, K-83, B-58 oben rechts, B-64 oben rechts, R-111 erstes von oben, R-115 erstes von oben), Dan Kosmayer/shutterstock (B-58 unten Mitte, B-64 unten Mitte), deepspacedave/shutterstock (B-142 unten links, B-146 unten links), Edw/shutterstock (K-63, K-65), Eldad Carin/shutterstock (B-58 oben links, B-64 oben links, B-58 unten rechts, B-64 unten rechts), FCG/shutterstock (B-137 Mitte links, B-139 Mitte links), Forster Forest/shutterstock (B-60, B-66), INA-Pflege (R-9, R-15, R-73, R-81, P-17, P-21, P-22, P-23, P-24, P-25, P-26, P-51, P-52, P-53, P-54, P-55, P-58, P-63, P-64, P-66, P-67, P-68, P-71, P-72, P-73, P-74, P-75, P-76), JrCasas/shutterstock (R-93, R-101), Juergen Fa-elchle/shutterstock (B-137 oben links, B-139 oben links), Kues/shutterstock (B-58 unten links, B-64 unten links), Kurhan/shutterstock (W-51 oben, W-53 oben), Kzenon/shutterstock (P-3, P-9), Maksim Shmeljov/shutterstock (R-111 zweites von oben, R-115 zweites von oben), Marcel Jancovic/shutterstock (B-142 Mitte links, B-146 Mitte links), Margarita Borodina/shutterstock (R-111 viertes von oben, R-115 viertes von oben), Maxpro/shutterstock (B-46 unten Mitte, B-48 unten Mitte), Miriam Doerr/shutterstock (R-57, R-61), mortalpious/shutterstock (B-142 Mitte rechts, B-146 Mitte rechts), Mukhina Viktoriia/shutterstock (B-142 oben links, B-146 oben links), Patricia Chumillas/shutterstock (B-137 Mitte rechts, B-139 Mitte rechts), Piotr Marcinski/shutterstock (B-46 oben links, B-48 oben links), Robert Kneschke/shutterstock (W-33, W-34, W-37, W-38), Samsonovs/shutterstock (B-7, B-9), Sergii Votit/shutterstock (B-137 oben rechts, B-139 oben rechts), SGM/shutterstock (B-137 unten links, B-139 unten links), Sheftsoff Women Girls/shutterstock (B-52, B-54), Speed-Kingz/shutterstock (G-3, G-8), Syda Productions/shutterstock (R-120 rechts, R-128 rechts), Valentina Razumova/shutterstock (K-33, K-41), wavebreakmedia/shutterstock (K-19, K-23), Ysbrand Cosijn/shutterstock (B-46 unten rechts, B-48 unten rechts), Yskiii/shutterstock (R-119, R-127)

<b>Modul:</b>	<b>Pflegedokumentation</b>
<b>Baustein:</b>	<b>Funktionen und Bestandteile der Pflegedokumentation (1)</b>
<b>Lerneinheiten:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Warum Pflege dokumentieren?</li> <li>• Die Basisdokumente der Pflegeakte</li> <li>• Spezielle Pflegedokumente</li> </ul>

<b>Lernziele</b>	<p>Fachkompetenz: Die Lernenden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wissen, warum Pflege dokumentiert wird, und können Basisdokumente und spezielle Dokumente der Pflegeakte benennen und ihre Aufgaben beschreiben.</li> <li>• kennen den Zusammenhang zwischen dem Pflegeprozess und der Pflegedokumentation und ihrer Bestandteile.</li> <li>• wissen, welche Informationen zum Pflegebedürftigen in welches Pflegedokument gehören, und sind in der Lage, Eintragungen in ausgewählte Dokumente korrekt vorzunehmen.</li> </ul> <p>Sozialkompetenz: Die Lernenden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sind sich bewusst, welche Bedeutung eine adäquate Pflegedokumentation für die Zusammenarbeit im Pflegeteam hat.</li> </ul>
<b>Inhaltliche Schwerpunkte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funktionen der Pflegedokumentation</li> <li>• Basisdokumente der Pflegeakte und ihre Funktion und Verwendung</li> <li>• Zusammenhang von Pflegeprozess und Pflegedokumentation</li> <li>• Funktionen, Inhalte und Verwendung spezieller Pflegedokumente</li> </ul>
<b>Didaktisch-methodische Hinweise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeit mit „Original“-Pflegedokumenten (gesonderte Kopien)</li> <li>• verschiedene Lese- und Schreibanlässe zur Pflegedokumentation</li> <li>• Arbeit mit zahlreichen Fachbegriffen, insbesondere Bezeichnungen der Pflegedokumente (Assoziationsübungen, Wörterbucharbeit, Aktivierung des Vorwissens)</li> <li>• Sprachlupe zu Modalverben</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• einseitige Kopien sowie Scheren und Kleber für Puzzleaufgabe (LE 3)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Zeithorizont: ca. 1 ¼ Zeitstunden (+ ½ Stunde für die Sprachlupe)</b></p>

# Warum Pflege dokumentieren?

1. Aufgabe: In einer Pflegedokumentation werden Informationen über einen Pflegebedürftigen erfasst.  
Warum ist das notwendig?  
Besprechen Sie mögliche Gründe.



2. Aufgabe: In der Pflegedokumentation muss dokumentiert werden:  
Wer macht was wann bei wem?



Lesen Sie den Eintrag im Pflegebericht von Herrn Krause.  
Ergänzen Sie das passende Fragewort.

Dienst/ Uhrzeit	Pflegebericht von Herrn Krause	Name
FD 9.30	Hrn. Krause erst um 9.15 Uhr auf eigenen Wunsch geweckt	Pflegehelferin Anna

\_\_\_\_\_ ?

↓

\_\_\_\_\_ ?

↓

\_\_\_\_\_ ?

↓

\_\_\_\_\_ ?

3. Aufgabe: Lesen Sie den Text zum Tagesablauf von Herrn Krause.



Tragen Sie die Informationen aus dem Text in die nachfolgende Tabelle ein. Gehen Sie dabei nach dem Muster vor: Wann wurde was von wem bei Herrn Krause gemacht?

Herr Krause hatte einen schönen Vormittag und wird um 12.15 Uhr von Schwester Elke zum Speisesaal begleitet. Pflegehelfer Valentino holt ihn dort gegen 12.45 Uhr wieder ab. Herr Krause sagt, er habe Kopfschmerzen und Durst. Valentino gibt ihm sofort drei Gläser Wasser zu trinken und hilft Herrn Krause ins Bett. Im Spätdienst gegen 14 Uhr sagt Herr Krause zur Schülerin Sibel, dass er sich wieder wohl fühlt. Pfleger Thomas kümmert sich abends um Herrn Krause. Um 19 Uhr hilft er dem Pflegebedürftigen beim Waschen am Waschbecken und beim Zubettgehen.

Dienst/ Uhrzeit	Pflegebericht von Herrn Krause	Name
FD 12.15	Hrn. Krause zum Speisesaal begleitet	Schwester Elke

4. Aufgabe: Lesen Sie den Text.



Im Rätsel verstecken sich sieben Wörter aus dem Text.

Markieren Sie die Wörter (senkrecht und waagrecht).



Die Pflegedokumentation ist besonders wichtig für die Sicherung der Qualität im Pflegealltag. Alle aufgeschriebenen Informationen sollen die Qualität der Pflege verbessern. Wie verbessert oder sichert die Pflegedokumentation die Qualität der Pflege?

In der Pflegeplanung werden für jeden Pflegebedürftigen Ziele formuliert. Dabei sind die Wünsche und Bedürfnisse jedes Pflegebedürftigen zu berücksichtigen. Der Pflegebedürftige wird ganzheitlich gesehen. Das bedeutet: Es werden nicht nur seine gegenwärtigen Einschränkungen, sondern auch seine Stärken und sein Lebensverlauf betrachtet. Der gesamte Prozess der Pflege bildet sich in der Dokumentation ab. Dabei wird auch der Verlauf der körperlichen und psychischen Verfassung des Pflegebedürftigen deutlich.

Die Pflegedokumentation ist wichtig für die Arbeit im Team.

A	S	T	H	L	K	D	D	L	S
F	I	Ö	P	K	C	Q	U	O	T
U	V	E	R	L	A	U	F	E	Ä
W	A	L	O	Z	T	A	I	P	R
Ü	S	U	Z	E	I	L	T	E	K
N	R	I	E	H	Z	I	E	L	E
S	H	O	S	C	H	T	A	I	N
C	V	A	S	O	K	Ä	L	J	E
H	I	G	A	K	P	T	E	A	M
E	E	N	M	I	F	L	R	N	P

5. Aufgabe: Füllen Sie die Lücken im Text mit den vorgegebenen Wörtern.

Achten Sie auf richtige Endungen.



Einrichtung	zusätzlich	Pflegefehler	Pflegebedürftige
haftungsrechtlich		Personal	<del>Pflegedokumentation</del>
Pflegeaufwand		Gerichtsverfahren	vollständig

Es besteht eine Pflicht zur Pflegedokumentation. Wegen eines \_\_\_\_\_ kann es zu einem \_\_\_\_\_ kommen. Dann muss die \_\_\_\_\_ nachweisen, dass richtig und \_\_\_\_\_ dokumentiert wurde. Wurde nicht richtig dokumentiert, kann die Einrichtung \_\_\_\_\_ belangt werden. Anhand der Pflegedokumentation wird auch festgelegt, wie viel \_\_\_\_\_ für die \_\_\_\_\_ eingestellt wird. Erhöht sich der \_\_\_\_\_, kann es sein, dass \_\_\_\_\_ Pflegekräfte eingestellt werden.

6. Aufgabe: Wie können Sie den Pflegeaufwand messen?

Beschreiben Sie zwei Beispiele.



---

---


---

---



## SPRACHLUPE

# Die Modalverben

1. Aufgabe:  „Kannst du bitte Frau Sommer waschen?“, „Herr Warnecke möchte heute nicht mitspielen.“ – In der Pflege sind Verben, mit denen Wünsche, Zwänge oder Möglichkeiten ausgedrückt werden, sehr wichtig. Man nennt sie Modalverben. Modalverben sind: *mögen, wollen, können, dürfen, sollen und müssen*.

### Setzen Sie die Modalverben im Präsens ein.

1. Herr Kauschick (möchten) \_\_\_\_\_ jeden Tag rasiert werden.
2. Er (wollen) \_\_\_\_\_ das am liebsten selber machen.
3. Aber er (können) \_\_\_\_\_ es nicht.
4. Heute (sollen) \_\_\_\_\_ Frau Shareef ihn rasieren.
5. Bevor sie ihn rasieren (können) \_\_\_\_\_, (müssen) \_\_\_\_\_ sie Rasierschaum auftragen.
6. Herr Kauschick sagt: „Ich (dürfen) \_\_\_\_\_ nur zum Frühstück, wenn ich ordentlich aussehe.“
7. Selbstverständlich (können) \_\_\_\_\_ Herr Kauschick auch un-rasiert zum Essen gehen.
8. Aber wir (wollen) \_\_\_\_\_ ihm die Freude gerne machen, wenn wir es zeitlich schaffen.

**2. Aufgabe: Formulieren Sie die Sätze um. Verwenden Sie ein Modalverb.**



1. In der Pflegedokumentation ist zu dokumentieren, wer was wann und bei wem macht.

*In der Pflegedokumentation muss dokumentiert werden, wer was wann bei wem macht.*

2. Hast du Zeit, die Wundpflege bei Herrn Schütz zu übernehmen?

---

---

3. Ich bin nicht in der Lage, Frau Meisner allein zu wenden.

---

---

4. Frau Neuhaus entscheidet sich, die Nudeln zu essen.

---

---

5. Man verweigert ihm, in der Pause zu rauchen.

---

---

6. Ist es Frau Siebert erlaubt aufzustehen?

---

---

7. Herr Krause bittet darum, dass man ihn ins Bett bringt.

---

---

8. Ich bin gezwungen, mich mit der Grundpflege zu beeilen.

---

---

9. Frau Lange spielt immer noch gern Klavier.

---

---



## 3. Aufgabe: Lesen Sie den Text zum Tagesablauf von Herrn Krause.



Tragen Sie die Informationen aus dem Text in die nachfolgende Tabelle ein. Gehen Sie dabei nach dem Muster vor: Wann wurde was von wem bei Herrn Krause gemacht?

Herr Krause hatte einen schönen Vormittag und wird um 12.15 Uhr von Schwester Elke zum Speisesaal begleitet. Pflegehelfer Valentino holt ihn dort gegen 12.45 Uhr wieder ab. Herr Krause sagt, er habe Kopfschmerzen und Durst. Valentino gibt ihm sofort drei Gläser Wasser zu trinken und hilft Herrn Krause ins Bett. Im Spätdienst gegen 14 Uhr sagt Herr Krause zur Schülerin Sibel, dass er sich wieder wohl fühlt. Pfleger Thomas kümmert sich abends um Herrn Krause. Um 19 Uhr hilft er dem Pflegebedürftigen beim Waschen am Waschbecken und beim Zubettgehen.

Dienst/ Uhrzeit	Pflegebericht von Herrn Krause	Name
FD 12.15	Hrn. Krause zum Speisesaal begleitet	Schwester Elke
12.45	Hrn. Krause vom Speisesaal geholt, er gibt Kopfschmerzen und Durst an, drei Gläser Wasser gegeben, Transfer ins Bett	Pflegehelfer Valentino
SD 14.00	Hr. Krause gibt an, dass er sich wieder wohl fühlt.	Schülerin Sibel
19.00	Hilfe beim Waschen am Waschbecken, Transfer ins Bett	Pfleger Thomas

## 4. Aufgabe: Lesen Sie den Text.



Im Rätsel verstecken sich sieben Wörter aus dem Text.

Markieren Sie die Wörter (senkrecht und waagrecht).



Die Pflegedokumentation ist besonders wichtig für die Sicherung der **Qualität** im Pflegealltag. Alle aufgeschriebenen Informationen sollen die Qualität der Pflege verbessern. Wie verbessert oder sichert die Pflegedokumentation die Qualität der Pflege?

In der Pflegeplanung werden für jeden Pflegebedürftigen **Ziele** formuliert. Dabei sind die **Wünsche** und Bedürfnisse jedes Pflegebedürftigen zu berücksichtigen. Der Pflegebedürftige wird ganzheitlich gesehen. Das bedeutet: Es werden nicht nur seine gegenwärtigen Einschränkungen, sondern auch seine **Stärken** und sein Lebensverlauf betrachtet. Der gesamte **Prozess** der Pflege bildet sich in der Dokumentation ab. Dabei wird auch der **Verlauf** der körperlichen und psychischen Verfassung des Pflegebedürftigen deutlich. Die Pflegedokumentation ist wichtig für die Arbeit im **Team**.

A	S	T	H	L	K	D	D	L	S
F	I	Ö	P	K	C	Q	U	O	T
U	V	E	R	L	A	U	F	E	Ä
W	A	L	O	Z	T	A	I	P	R
Ü	S	U	Z	E	I	L	T	E	K
N	R	I	E	H	Z	I	E	L	E
S	H	O	S	C	H	T	A	I	N
C	V	A	S	O	K	Ä	L	J	E
H	I	G	A	K	P	T	E	A	M
E	E	N	M	I	F	L	R	N	P

**Durchführungshinweis:**

Lassen Sie den Text laut vorlesen und klären Sie Verständnisschwierigkeiten.

## 5. Aufgabe: Füllen Sie die Lücken im Text mit den vorgegebenen Wörtern.

Achten Sie auf richtige Endungen.



Einrichtung	zusätzlich	Pflegefehler	Pflegebedürftige
haftungsrechtlich		Personal	Pflegedokumentation
Pflegeaufwand		Gerichtsverfahren	vollständig

Es besteht eine Pflicht zur Pflegedokumentation. Wegen eines Pflegefehlers kann es zu einem Gerichtsverfahren

kommen. Dann muss die Einrichtung nachweisen, dass richtig und vollständig dokumentiert wurde. Wurde nicht richtig dokumentiert, kann die Einrichtung haftungsrechtlich

belangt werden. Anhand der Pflegedokumentation wird auch festgelegt, wie viel Personal für die Pflegebedürftigen

eingestellt wird. Erhöht sich der Pflegeaufwand, kann es sein, dass zusätzliche Pflegekräfte eingestellt werden.

**Durchführungshinweis:**

Klären Sie Verständnisschwierigkeiten. Besprechen Sie z. B. Begriffe wie Pflegeaufwand, haftungsrechtlich.

**Sprachförderungshinweis:**

Nehmen Sie den Text zum Ausgangspunkt für weitere Übungen zur Flexion von Nomen und Adjektiven. Ebenfalls anbindbar ist eine Lektion zu Modalverben (können, sollen, wollen, müssen, mögen, dürfen), die im Deutschen von großer Bedeutung sind (siehe z. B. Sprachlupe). Mit ihnen werden Wünsche, Zwänge oder Möglichkeiten ausgedrückt. Sie spielen z. B. bei der Vorbereitung von Handlungen („Kannst Du bitte Frau Sommer waschen?“) oder der Vergabe/Nutzung des Rede-rechts in Gesprächen eine große Rolle („Ich will auch meine Sicht zum Vorfall darstellen.“).

**6. Aufgabe: Wie können Sie den Pflegeaufwand messen?****Beschreiben Sie zwei Beispiele.**

---


**Auswertungshinweis:**

Der Pflegeaufwand lässt sich am Umfang der Pflegehandlungen messen, z. B.:

- Aufwand bei der Körperpflege: etwa teilweise oder komplette Übernahme des Waschens, Waschen im Bett vs. Waschen am Waschbecken; selbstständige oder unterstützte Mund- oder Haarpflege usw.
- Unterstützung bei der Ausscheidung: z. B. Wechsel von Inkontinenzmaterial, Begleitung zur Toilette, Wechseln von Katheterbeuteln usw. vs. selbstständige Toilettengänge

## SPRACHLUPE

## Die Modalverben

1. Aufgabe:  „Kannst du bitte Frau Sommer waschen?“, „Herr Warnecke möchte heute nicht mitspielen.“ – In der Pflege sind Verben, mit denen Wünsche, Zwänge oder Möglichkeiten ausgedrückt werden, sehr wichtig. Man nennt sie Modalverben. Modalverben sind: *mögen, wollen, können, dürfen, sollen und müssen*.

Setzen Sie die Modalverben im Präsens ein.

---

1. Herr Kauschick (möchten) möchte jeden Tag rasiert werden.
2. Er (wollen) will das am liebsten selber machen.
3. Aber er (können) kann es nicht.
4. Heute (sollen) soll Frau Shareef ihn rasieren.
5. Bevor sie ihn rasieren (können) kann, (müssen) muss sie Rasierschaum auftragen.
6. Herr Kauschick sagt: „Ich (dürfen) darf nur zum Frühstück, wenn ich ordentlich aussehe.“
7. Selbstverständlich (können) kann Herr Kauschick auch un-rasiert zum Essen gehen.
8. Aber wir (wollen) wollen ihm die Freude gerne machen, wenn wir es zeitlich schaffen.



**2. Aufgabe: Formulieren Sie die Sätze um. Verwenden Sie ein Modalverb.**

1. In der Pflegedokumentation ist zu dokumentieren, wer was wann und bei wem macht.

*In der Pflegedokumentation muss dokumentiert werden, wer was wann und bei wem macht.*

2. Hast du Zeit, die Wundpflege bei Herrn Schütz zu übernehmen?

*Kannst du die Wundpflege bei Herrn Schütz übernehmen?*

3. Ich bin nicht in der Lage, Frau Meisner allein zu wenden.

*Ich kann Frau Meisner nicht allein wenden.*

4. Frau Neuhaus entscheidet sich, die Nudeln zu essen.

*Frau Neuhaus will die Nudeln essen.*

5. Man verweigert ihm, in der Pause zu rauchen.

*Er darf in der Pause nicht rauchen.*

6. Ist es Frau Siebert erlaubt aufzustehen?

*Darf Frau Siebert aufstehen?*

7. Herr Krause bittet darum, dass man ihn ins Bett bringt.

*Herr Krause will/möchte ins Bett gebracht werden.*

8. Ich bin gezwungen, mich mit der Grundpflege zu beeilen.

*Ich muss mich mit der Grundpflege beeilen.*

9. Frau Lange spielt immer noch gern Klavier.

*Frau Lange mag immer noch gern Klavier spielen.*

**Binnendifferenzierungshinweis:**

Geben Sie ggf. die Modalverben im Infinitiv vor.

# Die Basisdokumente der Pflegeakte

1. Aufgabe: Für jeden Pflegebedürftigen muss es eine Pflegeakte geben. Hierin stehen alle notwendigen Informationen zur Person und zu den Pflegehandlungen.



- a) Sehen Sie sich die fünf Basisdokumente an, die in jede Pflegeakte gehören.
- b) Was wird in den jeweiligen Basisdokumenten erfasst?  
Schreiben Sie eine kurze Erklärung für ...

- das Stammbblatt,
- die Pflegeanamnese,
- die Pflegeplanung,
- den Durchführungsnachweis und
- den Pflegebericht.

Datum/ Uhrzeit	Bericht	Hdz
12.10.14	Frau Beyer liegt über Schmerzen im Knie - Injektion 600 verabreicht	ha
FD 10.00		
13.10.14	Frau Beyer gibt an, dass Schmerzen nachgelassen haben.	UL
SD 15.00		
13.10.14	Ausfall von Toilette; Sie kann Frau Beyer wegen nicht an geplant besuchen.	UL
SD 15.00	Bes. bitte in der Tagesplanung berücksichtigen!	TP
13.10.14	Frau Beyer hat heute einen neuen Betator erhalten, wurde gezeigt und Handhabung erklärt und kommt schon gut damit klar	ha
SD 16.00	Frau Beyer äußert den Wunsch, dass nachmittags die Jalousie nicht heruntergelassen werden, sondern nur die Vorhänge zugezogen werden, da sie sich sonst nicht wohlfühlt.	TP
FD 19.00	Beim Baden Auswertung am rechten Ellenbogen sichtbar, mit Heilsalbe einengen, in die Heilsalbe	UL
SD 19.00	Rötung am rechten Ellenbogen sichtbar	UL
13.10.14	keine Hautlösung mehr sichtbar, keine weiteren Maßnahmen	UL
SD 16.00		

Name: Margaretha Beyer Pflegebericht Jahr: 2014 Seite: 20

Leistungsempfänger/in: Margaretha Beyer Monat: Oktober Jahr: 2014

Datum	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Leistungen SGB XI																															
Leistungsbereiche																															
Leistungsarten																															

Datum: 01.11.14 Unterschrift Leistungsempfänger/in: Beyer Seite: 10

Datum	AEDL	Beschreibung	Pflegziele	Pflegemaßnahmen	Hdz	Pflegeergebnis	Datum	Hdz
10.09.14	Kommunikation	- Frau Beyer kann auf konkrete Nachfrage Wünsche und Bedürfnisse mitteilen - ist kooperativ - akzeptiert Regeln des Zusammenlebens - Frau Beyer wird unter einer sozialen Situation - hat Probleme beim Formulieren von Sätzen - ist verunsichert im Spracherwerb	- Frau Beyer kann Wünsche und Bedürfnisse mitteilen - nimmt am sozialen Leben teil - findet sich akzeptiert und angenommen - hat angepasste Sätze	- Frau Beyer kann Sätzen einbringen - alle Bedürfnisse - Zeit zum Anworten geben - regelmäßig Besuche beim Augenarzt	ca.			

Name: Margaretha Beyer Pflegeplanung Jahr: 2014 Seite: 1

Personliche Daten	Kassendaten	Medizinische Besonderheiten
Name: <u>Beyer</u> Vorname: <u>Margaretha</u> Geburtsdatum: <u>13.09.1931</u> Familienstand: <u>verheiratet</u> Wohnort: <u>13173 Berlin</u> Telefon: <u>030 57 83 363</u> Religion: <u>evangelisch</u>	Krankenkasse/Pflegekasse: <u>AVK</u> Versicherungs-Nr.: <u>57961100587</u> Pflegestufe: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> hilflos <input type="checkbox"/> selbstzahler <input type="checkbox"/> behilflich berechtigt <input type="checkbox"/> Antragsgebührenbefreiung <input type="checkbox"/> Zuzahlungsbefreiung	<input checked="" type="checkbox"/> Allergie (nähere Bezeichnung) <u>Keine</u> <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (nähere Bezeichnung) <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenz Name: <u>Dr. Michael Siegel</u> Straße: <u>Hilfsweg 5</u> Ort: <u>13173 Berlin</u> Telefon: <u>030 7 9810</u> Fax: <u>030 7 9811</u>
Betreuung Betreuerperson(en)/ Angehörige Name: <u>Dr. Michael Siegel</u> Straße: <u>Hilfsweg 5</u> Wohnort: <u>13173 Berlin</u> Telefon: <u>030 57 83 363</u> gesetzliche Betreuung: <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein Name: _____ Straße: _____ Wohnort: _____ Telefon: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Testament	Pflegerelevante/medizinische Diagnosen <u>Diabetes mellitus Typ 2</u> <u>Arteriose</u> <u>Arteriosklerose</u> <u>Inkontinenz?</u>	Behandlungsfachkräfte Name Fachrichtung Telefon <u>Dr. Meyer Orthopädie 030 57 9811</u> <u>Dr. Saalbach Heilberuf 030 57 9811</u> <u>Dr. Schneider Augenarzt 030 57 9811</u>
Benachrichtigung im Todesfall Name: <u>Dr. Michael Siegel</u> Straße: <u>Hilfsweg 5</u> Wohnort: <u>13173 Berlin</u> Telefon: <u>030 57 83 363</u>	Krankenhausaufenthalte Datum Krankenhaus <u>17.09.14</u> <u>St. Joseph-Krankenhaus</u> <u>17.09.14</u>	Körpermaße Größe: <u>160 cm</u> BMI: <u>26,7</u> Gewicht: <u>53 kg</u> Hilfsmittel <input checked="" type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Zahnprothese <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Amputations <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="checkbox"/> Beinprothese

Name: Margaretha Beyer Erhebung durch: Christelle Häuser am: 10.09.2014

Kommunizieren	wahrnehmen	Fähigkeiten/Ressourcen
kontaktaufnahme möglich: <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sprache: <input checked="" type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> Fremdsprache sich mitteilen: <input checked="" type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> nonverbal <input type="checkbox"/> schriftlich <input checked="" type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> nonverbal <input type="checkbox"/> schriftlich Bilder/Gegenstände	wahrnehmen: <input checked="" type="checkbox"/> hören Hilfsmittel: <u>Brille</u> Probleme/Risiken Frau Beyer wird unter einer sozialen Situation hat Probleme beim Formulieren von Sätzen ist verunsichert im Spracherwerb -> Brille der Rückzug/ Zusammenkunft	Fähigkeiten/Ressourcen Frau Beyer kann auf konkrete Nachfrage Wünsche und Bedürfnisse mitteilen ist kooperativ akzeptiert Regeln des Zusammenlebens

## 2. Aufgabe: Ergänzen Sie in der Tabelle das richtige Basisdokument.



Die Basisdokumente der Pflegeakte sind ...

- das **Stammblatt** mit den wichtigsten Informationen zum Pflegebedürftigen (z. B. Name, Geburtsdatum),
- die **Pflegeanamnese**, in der die Probleme (z. B. eine Gehbehinderung) und Ressourcen (z. B. die eigenständige Nutzung von Gehhilfen) beschrieben werden,
- die **Pflegeplanung**, die die Pflegehandlungen mit ihren jeweiligen Zielen enthält,
- der **Durchführungsnachweis**, in dem die erbrachten Pflegehandlungen abgezeichnet (gekürzelt) werden, und
- der **Pflegebericht**, in dem Veränderungen und Besonderheiten zum Pflegebedürftigen und seinen Behandlungen notiert werden.

Basisdokument der Pflegeakte	Funktion
	Auf diesem Blatt zeichnet die Pflegekraft die von ihr durchgeführten Pflegehandlungen ab.
	Hier dokumentiert die Pflegekraft Besonderheiten der jeweiligen Schicht (z. B. wenn ein Pflegebedürftiger gestürzt ist, über Beschwerden geklagt hat oder eine Verbesserung eingetreten ist).
	Hier trägt die Pflegekraft die persönlichen Informationen ein, z. B. Name, Geburtsdatum, Angehörige und deren Adresse, Krankenkasse, notwendige Hilfsmittel (Brille, Hörgerät usw.), Hausarzt.
	Hier plant das Pflegeteam anhand der Pflegeanamnese die konkreten Pflegehandlungen und deren Ziele.
	Auf diesem Blatt hält das Pflegeteam fest, was der Pflegebedürftige noch allein kann und wobei er Hilfe benötigt (Ressourcen und Probleme).

3. Aufgabe: Die Pflegeakte hat meist die Form einer Mappe. Sie sieht in den verschiedenen Pflegeeinrichtungen ähnlich aus.



a) Lesen Sie den Text und entscheiden Sie: In welcher Reihenfolge würden Sie die Basisdokumente in die Mappe heften? Nummerieren Sie.

Die Arbeit des Pflegeteams besteht aus Aufgaben, die aufeinander aufbauen und sich wiederholen:

Zuerst sammelt das Pflegeteam alle nötigen Informationen. Es stellt fest, was der Pflegebedürftige selbstständig kann (Ressourcen) und wobei er Hilfe benötigt (Einschränkungen). Danach plant das Team die Pflege in allen Einzelheiten und benennt die Pflegeziele. Die tägliche Pflege wird von der Pflegekraft dokumentiert. Besondere Vorkommnisse werden getrennt aufgeschrieben. Diese Informationen nutzt das Pflegeteam. Bei Bedarf wird die Pflegeplanung auf den neuesten Stand gebracht.

So entsteht ein Kreislauf aus Problemen und Ressourcen, Pflegezielen und Pflegehandlungen: der **Pflegeprozess**.

- der Pflegebericht
- das Stammblatt
- die Pflegeplanung
- der Durchführungsnachweis
- die Pflegeanamnese



b) Warum ist es sinnvoll, die Dokumente so anzuordnen? Welche Reihenfolge halten Sie noch für denkbar? Begründen Sie.

4. Aufgabe: Lesen Sie die Informationen zu Frau Lehmann.



Entscheiden Sie jeweils, in welches Basisdokument die Information gehört.  
Schreiben Sie ganze Sätze.



1. Pflegerin Heike zeichnet ab („kürzelt“), dass sie Frau Lehmann heute geduscht hat.  
*Durchgeführte Pflegehandlungen muss ich im Durchführungsnachweis abzeichnen.*

2. Erna Lehmann, geb. am 12.03.1928, Tochter Ursula Müller, geb. Lehmann, wohnhaft in ...

*Die persönlichen Angaben*

3. Frau Lehmann hat heute in der Zeit von 9 bis 11 Uhr 12-mal geklingelt.  
Sie wollte das Fenster erst geschlossen haben, dann geöffnet. Dann klagte sie über Durst.

4. Frau Lehmann ist eingeschränkt beweglich: Sie kann sich nicht selbstständig hinlegen oder das Bett verlassen.

5. Problem/Ressource: Wegen der eingeschränkten Beweglichkeit könnte Frau Lehmann stürzen.

Pflegeziele: Stürze verhindern, Beweglichkeit verbessern

Pflegemaßnahmen: Durchführung von Bewegungsübungen 2-mal täglich bei der Körperpflege



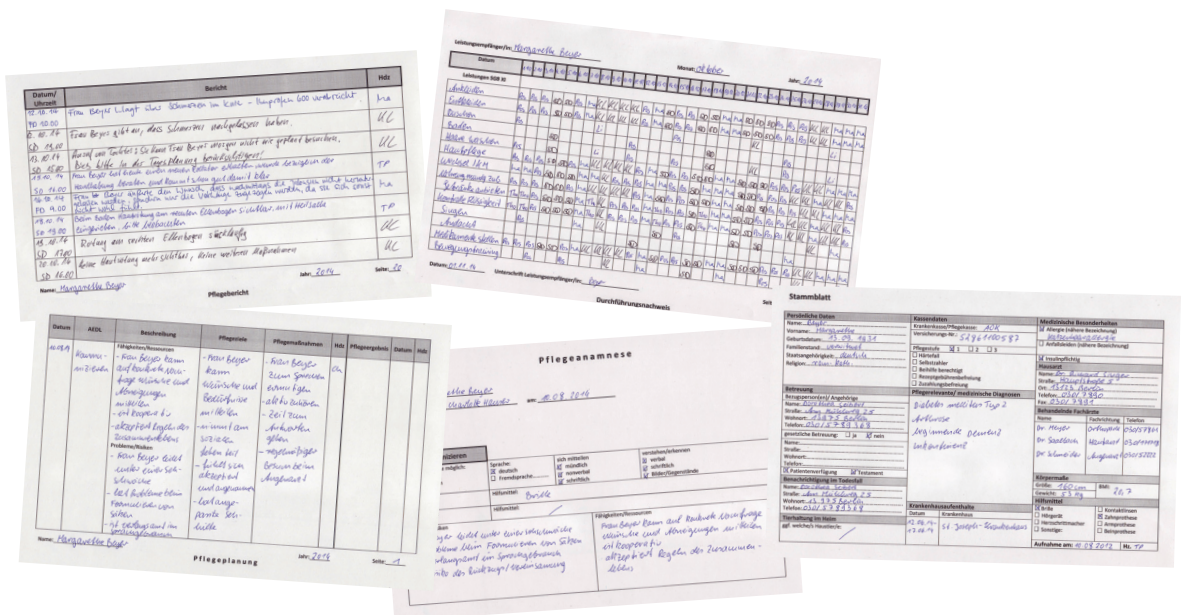
# Die Basisdokumente der Pflegeakte

1. Aufgabe: Für jeden Pflegebedürftigen muss es eine Pflegeakte geben. Hierin stehen alle notwendigen Informationen zur Person und zu den Pflegehandlungen.



- a) Sehen Sie sich die fünf Basisdokumente an, die in jede Pflegeakte gehören.
- b) Was wird in den jeweiligen Basisdokumenten erfasst?  
Schreiben Sie eine kurze Erklärung für ...

- das Stammblatt,
- die Pflegeanamnese,
- die Pflegeplanung,
- den Durchführungsnachweis und
- den Pflegebericht.



## Durchführungshinweis:

Führen Sie diese Aufgabe in Partnerarbeit durch. Verteilen Sie an jede Gruppe die Kopien der Basisdokumente. Orientieren Sie die Lernenden auf eine Definition von 1-2 Sätzen.

## Auswertungshinweis:

Übertragen Sie ausgewählte Definitionen auf Folie und werten Sie diese gemeinsam aus.



Leistungsempfänger/in: Karengethe Beyer

Monat: Oktober

Jahr: 2014

Leistungen SGB XI	Datum																															
	1.10	2.10	3.10	4.10	5.10	6.10	7.10	8.10	9.10	10.10	11.10	12.10	13.10	14.10	15.10	16.10	17.10	18.10	19.10	20.10	21.10	22.10	23.10	24.10	25.10	26.10	27.10	28.10	29.10	30.10	31.10	
Ankleiden	Ros	Ros	Ros	SD	SD	Ros	ha	KL	KL	KL	Ros	Ros	ha	ha	Ros	Ros	SD	SD	ha	ha	SD	SD	SD	Ros	Ros	Ros	KL	KL	KL	ha	ha	ha
Entkleiden	Ros	Ros	Ros	SD	SD	Ros	ha	KL	KL	KL	Ros	Ros	ha	SD	Ros	Ros	SD	SD	ha	ha	SD	SD	SD	Ros	Ros	Ros	KL	KL	KL	ha	ha	ha
Duschen	Ros							Li							Ros															Li		
Baden				SD							Ros						SD							Ros								
Haare waschen	Ros			SD				Li			Ros				Ros		SD							Ros					Li			
Hauptpflege	Ros	Ros	Ros	SD	SD	Ros	ha	KL	KL	KL	Ros	Ros	ha	SD	Ros	Ros	SD	SD	ha	ha	SD	SD	SD	Ros	Ros	Ros	KL	KL	KL	ha	ha	ha
Wechsel K/H	ha	ha	Ros	SD	SD	Ros	ha	ha	KL	Ros	Ros	Ros	ha	ha	Ros	Ros	SD	SD	ha	ha	SD	SD	SD	Ros	Ros	Ros	KL	KL	KL	ha	ha	Ros
Nahrungsmitt. Zub.	Ros	Ros	Ros	SD	SD	Ros	ha	KL	KL	KL	Ros	Ros	ha	SD	Ros	Ros	SD	SD	ha	ha	SD	SD	SD	Ros	Ros	Ros	KL	KL	KL	ha	ha	ha
Spez. Anbieten	Tho	Tho	Ros	SD	SD	Ros	ha	Tho	KL	Ros	Ros	Ros	ha	Tho	Ros	Ros	SD	Tho	ha	ha	SD	SD	SD	Ros	Ros	Ros	KL	KL	KL	ha	ha	Ros
Kontrolle Flüssigkeit	Tho	Tho	Ros	SD	SD	Ros	ha	Tho	KL	Ros	Ros	Ros	ha	Tho	Ros	Ros	SD	Tho	ha	ha	SD	SD	SD	Ros	Ros	Ros	KL	KL	KL	ha	ha	Ros
Singen		Ros					ha	KL							Ros																	
Andachts																	SD															
Medikamente stellen	Ros	Ros	Ros	SD	SD	Ros	ha	KL	KL	KL	Ros	Ros	ha	SD	Ros	Ros	SD	SD	ha	ha	SD	SD	SD	Ros	Ros	Ros	KL	KL	KL	ha	ha	ha
Bewegungstherapie			Ros																													

Datum: 01.11.14

Unterschrift Leistungsempfänger/in: Beyer

Seite: 10

Durchführungsnachweis



# Pflegeanamnese

Name: Margarethe Beyer

Erhebung durch: Marjolke Haarer

am: 10.08.2014

Kommunizieren			
Kontaktaufnahme möglich:		Sprache:	
<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> deutsch	<input type="checkbox"/> Fremdsprache.....
wahrnehmen:	Hilfsmittel:	sich mitteilen	
<input checked="" type="checkbox"/> sehen	<u>Brille</u>	<input checked="" type="checkbox"/> mündlich	<input checked="" type="checkbox"/> nonverbal
wahrnehmen:	Hilfsmittel:	<input checked="" type="checkbox"/> schriftlich	<input checked="" type="checkbox"/> verbal
<input checked="" type="checkbox"/> hören	<u>—</u>		<input checked="" type="checkbox"/> schriftlich
Probleme/Risiken		verstehen/erkennen	
<p>Man Beyer leidet unter einer sehr schwachen Lautstärke beim Formulieren von Sätzen ist verängstigt um Sprachgebrauch -&gt; Risiko der Rückzug / Vereinsamung</p>		<p>Fähigkeiten/Ressourcen</p> <p>Man Beyer kann auf konkrete Nachfrage Wünsche und Anregungen mitteilen ist kooperativ akzeptiert Regeln des Zusammenlebens</p>	



Datum/ Uhrzeit	Bericht	Hdz
12.10.14 FD 10.00	Frau Beyer liegt über Schwere im Kinn - Unproph. 600 Uraltrecht	Ma
12.10.14 SD 13.00	Frau Beyer gibt an, dass Schmerzen nachgelassen haben.	Ma
13.10.14 SD 15.00	Ausfall von Tochter? Sie kann Frau Beyer morgen nicht wie geplant besuchen. Bis in der Tagesplanung berücksichtigt!	Ma
15.10.14 SD 16.00	Frau Beyer hat heute einen neuen Betator erhalten, wurde gezeigt der Handhabung beraten und kommt schon gut damit klar	TP
16.10.14 FD 9.00	Frau Beyer äußert den Wunsch, dass nachmittags die Toiletten nicht herunter gelassen werden; sondern nur die Vorläufe angezogen werden, da sie sich sonst nicht wohl fühlt.	Ma
18.10.14 SD 19.00	Beim Baden Hautirritation am rechten Ellenbogen sichtbar, mit Heilsalbe eingewickeln, keine Beobachten	TP
19.10.14 SD 17.00	Rötung am rechten Ellenbogen sichtbar	Ma
20.10.14 SD 16.00	keine Hautirritation mehr sichtbar, keine weiteren Maßnahmen	Ma

Name: Margarethe Beyer

Pflegebericht

Jahr: 2014Seite: 20



Datum	AEDL	Beschreibung	Pflegeziele	Pflegemaßnahmen	Hdz	Pflegeergebnis	Datum	Hdz
10.08.14	Kommunikation - mZielen	Fähigkeiten/Ressourcen - Frau Berger kann auf konkrete Nachfragen Wünsche und Meinungen mitteilen - ist kooperativ - akzeptiert Regeln des Zusammenlebens Probleme/Risiken - Frau Berger leidet unter einer Schwäche - bei Probleme beim Formulieren von Sätzen - ist verfangen im Sprachglossaren	- Frau Berger kann Wünsche und Bedürfnisse mitteilen - nimmt am sozialen Leben teil - fühlt sich akzeptiert und angenommen - hat angeparte Seh-lücke	- Frau Berger zum Sprechen ermutigen - aktiv zuhören - Zeit zum Auswerten geben - regelmäßiger Besuch beim Augenarzt				

Name: Margarethe Berger

Pflegeplanung

Jahr: 2014

Seite: 1







## 2. Aufgabe: Ergänzen Sie in der Tabelle das richtige Basisdokument.



Die Basisdokumente der Pflegeakte sind ...

- das **Stammblatt** mit den wichtigsten Informationen zum Pflegebedürftigen (z. B. Name, Geburtsdatum),
- die **Pflegeanamnese**, in der die Probleme (z. B. eine Gehbehinderung) und Ressourcen (z. B. die eigenständige Nutzung von Gehhilfen) beschrieben werden,
- die **Pflegeplanung**, die die Pflegehandlungen mit ihren jeweiligen Zielen enthält,
- der **Durchführungsnachweis**, in dem die erbrachten Pflegehandlungen abgezeichnet (gekürzelt) werden, und
- der **Pflegebericht**, in dem Veränderungen und Besonderheiten zum Pflegebedürftigen und seinen Behandlungen notiert werden.

Basisdokument der Pflegeakte	Funktion
<i>der Durchführungsnachweis</i>	Auf diesem Blatt zeichnet die Pflegekraft die von ihr durchgeführten Pflegehandlungen ab.
<i>der Pflegebericht</i>	Hier dokumentiert die Pflegekraft Besonderheiten der jeweiligen Schicht (z. B. wenn ein Pflegebedürftiger gestürzt ist, über Beschwerden geklagt hat oder eine Verbesserung eingetreten ist).
<i>das Stammblatt</i>	Hier trägt die Pflegekraft die persönlichen Informationen ein, z. B. Name, Geburtsdatum, Angehörige und deren Adresse, Krankenkasse, notwendige Hilfsmittel (Brille, Hörgerät usw.), Hausarzt.
<i>die Pflegeplanung</i>	Hier plant das Pflegeteam anhand der Pflegeanamnese die konkreten Pflegehandlungen und deren Ziele.
<i>die Pflegeanamnese</i>	Auf diesem Blatt hält das Pflegeteam fest, was der Pflegebedürftige noch allein kann und wobei er Hilfe benötigt (Ressourcen und Probleme).

3. Aufgabe: Die Pflegeakte hat meist die Form einer Mappe. Sie sieht in den verschiedenen Pflegeeinrichtungen ähnlich aus.



a) Lesen Sie den Text und entscheiden Sie: In welcher Reihenfolge würden Sie die Basisdokumente in die Mappe heften? Nummerieren Sie.

Die Arbeit des Pflegeteams besteht aus Aufgaben, die aufeinander aufbauen und sich wiederholen:

Zuerst sammelt das Pflegeteam alle nötigen Informationen. Es stellt fest, was der Pflegebedürftige selbstständig kann (Ressourcen) und wobei er Hilfe benötigt (Einschränkungen). Danach plant das Team die Pflege in allen Einzelheiten und benennt die Pflegeziele. Die tägliche Pflege wird von der Pflegekraft dokumentiert. Besondere Vorkommnisse werden getrennt aufgeschrieben. Diese Informationen nutzt das Pflegeteam. Bei Bedarf wird die Pflegeplanung auf den neuesten Stand gebracht.

So entsteht ein Kreislauf aus Problemen und Ressourcen, Pflegezielen und Pflegehandlungen: der **Pflegeprozess**.

5 der Pflegebericht

1 das Stammblatt

3 die Pflegeplanung

4 der Durchführungsnachweis

2 die Pflegeanamnese



b) Warum ist es sinnvoll, die Dokumente so anzuordnen? Welche Reihenfolge halten Sie noch für denkbar? Begründen Sie.

#### Durchführungshinweis:

Die Reihenfolge der Pflegedokumente in der Mappe bildet chronologisch den Pflegeprozess ab. Bezüglich der Reihenfolge ließe sich z. B. auch argumentieren, das Stammblatt ans Ende der Pflegeakte zu heften, da es nicht jeden Tag gebraucht wird.

**4. Aufgabe:** Lesen Sie die Informationen zu Frau Lehmann.

Entscheiden Sie jeweils, in welches Basisdokument die Information gehört.  
Schreiben Sie ganze Sätze.



1. Pflegerin Heike zeichnet ab („kürzelt“), dass sie Frau Lehmann heute geduscht hat.  
*Durchgeführte Pflegehandlungen muss ich im Durchführungsnachweis abzeichnen.*

2. Erna Lehmann, geb. am 12.03.1928, Tochter Ursula Müller, geb. Lehmann, wohnhaft in ...

*Die persönlichen Angaben notiere ich im Stammbblatt.*

3. Frau Lehmann hat heute in der Zeit von 9 bis 11 Uhr 12-mal geklingelt.  
Sie wollte das Fenster erst geschlossen haben, dann geöffnet. Dann klagte sie über Durst.

*Besondere Vorkommnisse schreibe ich am Ende der Schicht in den Pflegebericht.*

4. Frau Lehmann ist eingeschränkt beweglich: Sie kann sich nicht selbstständig hinlegen oder das Bett verlassen.

*In der Pflegeanamnese sammle ich die Ressourcen und Probleme der Pflegebedürftigen.*

5. Problem/Ressource: Wegen der eingeschränkten Beweglichkeit könnte Frau Lehmann stürzen.

Pflegeziele: Stürze verhindern, Beweglichkeit verbessern

Pflegemaßnahmen: Durchführung von Bewegungsübungen 2-mal täglich bei der Körperpflege

*Die Pflegeziele und geplanten Pflegemaßnahmen schreibt das Pflegeteam in die Pflegeplanung. Grundlage sind die Probleme und Ressourcen.*

**Durchführungshinweis:**

Für den Lösungssatz müssen die Lernenden zum einen erkennen, in welches Dokument die Informationen jeweils gehören, und zum anderen die gegebenen Informationen paraphrasieren. Zur Erleichterung können Sie die Aufgabe zergliedern: Lassen Sie (1) bestimmen, um welche Informationen es sich jeweils handelt (z. B. Stammdaten, persönliche Daten), und (2), in welches Basisdokument diese gehören. In einem dritten Schritt ist dann jeweils ein Antwortsatz zu formulieren.

# Spezielle Pflegedokumente

1. Aufgabe: Je nach Pflegebedürftigkeit und Behandlungen gibt es in der Pflegeakte weitere Dokumente.



Schneiden Sie die Teile an den gestrichelten Linien auseinander.



Ordnen Sie die Funktionen den speziellen Pflegedokumenten zu.

Wunddokumentation	zeigt, wie viel der Pflegebedürftige getrunken und wie viel er ausgeschieden hat.
Die ärztliche Verordnung	schätzt das Risiko eines Dekubitus meist in Form einer Skala ein (z. B. Braden, Norton).
Schmerztagebuch	informiert über Medikamente, die der Pflegebedürftige laut Arzt nehmen soll oder weitere Maßnahmen zur Behandlung.
Dekubitus-Risikoeinschätzung	erfasst lebenswichtige Werte wie Blutdruck, Körpertemperatur oder Puls, die in regelmäßigen Abständen gemessen werden.
Ein- und Ausfuhrprotokoll	beschreibt den Heilungsprozess von Wunden.
Sturzprotokoll	gibt an, wann und unter welchen Umständen Schmerzen auftreten; hilft, die Stärke von Schmerzen zu beurteilen.
Vitalzeichenblatt	hilft, das Risiko eines Sturzes einzuschätzen.
Sturzrisikoerfassung	berichtet über einen Sturz, dessen Ursachen und Folgen.



2. Aufgabe: a) Lesen Sie, was für Frau Frentin dokumentiert werden muss.



In welches Dokument müssen Sie die Vorfälle eintragen?

Nennen Sie den Namen des Dokuments.



- 1) Frau Frentin hat heute im Spätdienst um 16 Uhr 200 ml Wasser und 250 ml Apfelschorle und um 19 Uhr 200 ml Tee getrunken.

Dokument:

---

- 2) Beim morgendlichen Blutdruckmessen (9 Uhr) haben Sie bei Frau Frentin 135/90 mmHg gemessen. Der Puls lag bei 68 Schlägen pro Minute.

Dokument:

---

- 3) Frau Frentin ist heute um 7.35 Uhr auf dem Weg zum Speisesaal gestürzt. Ihr war schwindlig. Sie hat sich nicht verletzt.

Dokument 1:

---

Dokument 2:

---

- 4) Sie haben Nachtdienst. Um 24 Uhr rechnen Sie zusammen, was Frau Frentin heute getrunken hat.

Dokument:

---





b) Tragen Sie die Werte zu Frau Frentin in die Formularausschnitte ein.



**Formular 1**

Uhrzeit	Art der Flüssigkeit	Einfuhr (ml)	Ausfuhr (ml)	Hdz
7.20	Saftschorle	150	/	TK
8.20	Kaffee	200	/	TK
9.00	Wasser	100	200	TK
10.00	Getränk nicht angenommen	/	/	TK
11.30	Saftschorle	150	/	TK
12.30	Saftschorle	150	300	TK
14.30	Tee	100	150	TK
			/	
			/	
			300	
24.00				
<b>Gesamt</b>				

Name: Frau Frentin

Datum: 10.10.2014

**Überwachung Ein- und Ausfuhr**

**Formular 2**

Datum/Uhrzeit	RR	Puls	BZ	Gewicht	BMI	Hdz
14.10./09.15	120/80	65	6,2	75 kg	26	TK

Name: Frau Frentin

Jahr: 14

Seite: 4

**Überwachung Vitalzeichen**

### Formular 3

Datum/Uhrzeit	Dienst	Bericht	Hdz.
14.10./09.15	FD	Frau Frentin gibt an, Schmerzen im rechten Bein zu haben	TK

Name: Frau Frentin

Jahr: 14

Seite: 20

### Pflegebericht

### Formular 4

<b>Sturzdatum:</b>	<b>Sturzuhrzeit:</b>
<b>Sturzort:</b> <input type="checkbox"/> Patientenzimmer <input type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> Korridor <input type="checkbox"/> anderer Ort: _____	
<b>Sturzhergang (genaue Beschreibung):</b>   	
<b>Sturzart:</b> <input type="checkbox"/> beim Gehen <input type="checkbox"/> beim Aufstehen/Hinsetzen <input type="checkbox"/> aus dem Sitzen/Liegen	
<b>Sturzfolgen:</b> <input type="checkbox"/> keine Verletzung <input type="checkbox"/> leichtere Verletzung <input type="checkbox"/> schwerere Verletzung Art der Verletzung(en)/Frakturen: _____	
<b>Maßnahmen zu den Sturzfolgen:</b>  	

Name: Frau Frentin

Datum/Uhrzeit:

Hdz:

### Sturzprotokoll

# Spezielle Pflegedokumente

1. Aufgabe: Je nach Pflegebedürftigkeit und Behandlungen gibt es in der Pflegeakte weitere Dokumente.



Schneiden Sie die Teile an den gestrichelten Linien auseinander.



Ordnen Sie die Funktionen den speziellen Pflegedokumenten zu.

Das Ein- und Ausfuhrprotokoll	zeigt, wie viel der Pflegebedürftige getrunken und wie viel er ausgeschieden hat.
Die Dekubitus-Risikoeinschätzung	schätzt das Risiko eines Dekubitus meist in Form einer Skala ein (z. B. Braden, Norton).
Die ärztliche Verordnung	informiert über Medikamente, die der Pflegebedürftige laut Arzt nehmen soll oder weitere Maßnahmen zur Behandlung.
Das Vitalzeichenblatt	erfasst lebenswichtige Werte wie Blutdruck, Körpertemperatur oder Puls, die in regelmäßigen Abständen gemessen werden.
Die Wunddokumentation	beschreibt den Heilungsprozess von Wunden.
Das Schmerztagebuch	gibt an, wann und unter welchen Umständen Schmerzen auftreten; hilft, die Stärke von Schmerzen zu beurteilen.
Die Sturzrisikoerfassung	hilft, das Risiko eines Sturzes einzuschätzen.
Das Sturzprotokoll	berichtet über einen Sturz, dessen Ursachen und Folgen.



**Durchführungshinweis:**

Kopieren Sie das „Puzzle“ einseitig, damit es problemlos zerschnitten werden kann. Die Aufgabe kann als Einzel-, Partner- oder Kleingruppenarbeit realisiert werden. Sorgen Sie dafür, dass am Ende jeder die richtige Zuordnung in seinen Unterlagen hat (korrekte Zuordnung aufkleben lassen oder kopieren).

**Auswertungshinweis:**

Machen Sie deutlich, dass die Formulare im Pflegealltag nicht überall gleich bezeichnet werden, z. B. Ein- und Ausführprotokoll vs. Trinkprotokoll vs. Bilanzierungsblatt.

**Binnendifferenzierungshinweis:**

Mögliche Zusatzaufgabe für Lernstärkere: Überlegen Sie, zu welcher Prophylaxe welches Dokumentationsblatt gehört? Lösung: Ein- und Ausführprotokoll zur Dehydrationsprophylaxe, Sturzprotokoll zur Sturzprophylaxe usw.

2. Aufgabe: a) Lesen Sie, was für Frau Frentin dokumentiert werden muss.



In welches Dokument müssen Sie die Vorfälle eintragen?

Nennen Sie den Namen des Dokuments.



- 1) Frau Frentin hat heute im Spätdienst um 16 Uhr 200 ml Wasser und 250 ml Apfelschorle und um 19 Uhr 200 ml Tee getrunken.

Dokument:

*Ein- und Ausführprotokoll*

- 2) Beim morgendlichen Blutdruckmessen (9 Uhr) haben Sie bei Frau Frentin 135/90 mmHg gemessen. Der Puls lag bei 68 Schlägen pro Minute.

Dokument:

*Vitalzeichenblatt*

- 3) Frau Frentin ist heute um 7.35 Uhr auf dem Weg zum Speisesaal gestürzt. Ihr war schwindlig. Sie hat sich nicht verletzt.

Dokument 1:

*Sturzprotokoll*

Dokument 2:

*Pflegebericht*

- 4) Sie haben Nachtdienst. Um 24 Uhr rechnen Sie zusammen, was Frau Frentin heute getrunken hat.

Dokument:

*Ein- und Ausführprotokoll*





b) Tragen Sie die Werte zu Frau Frentin in die Formularausschnitte ein.



## Formular 1

Uhrzeit	Art der Flüssigkeit	Einfuhr (ml)	Ausfuhr (ml)	Hdz
7.20	Saftschorle	150	/	TK
8.20	Kaffee	200	/	TK
9.00	Wasser	100	200	TK
10.00	Getränk nicht angenommen	/	/	TK
11.30	Saftschorle	150	/	TK
12.30	Saftschorle	150	300	TK
14.30	Tee	100	150	TK
16.00	Wasser	200	/	LO
16.00	Apfelschorle	250	/	LO
19.00	Tee	200	300	LO
24.00		1500	950	KL
<b>Gesamt</b>				

Name: Frau Frentin

Datum: 10.10.2014

## Überwachung Ein- und Ausfuhr

## Formular 2

Datum/Uhrzeit	RR	Puls	BZ	Gewicht	BMI	Hdz
14.10./09.15	120/80	65	6,2	75 kg	26	TK
15.10./09.00	135/90	68				TK

Name: Frau Frentin

Jahr: 14

Seite: 4

## Überwachung Vitalzeichen

## Formular 3

Datum/Uhrzeit	Dienst	Bericht	Hdz.
14.10./09.15	FD	Frau Frentin gibt an, Schmerzen im rechten Bein zu haben	TK
16.10./08.30	FD	Frau Frentin ist heute Morgen auf dem Weg in den Speisesaal gestürzt, sie gab an, dass ihr schwindlig ist	TK

Name: Frau Frentin

Jahr: 14

Seite: 20

## Pflegebericht

## Formular 4

<b>Sturzdatum:</b> 16.10.14	<b>Sturзуhrzeit:</b> 07.35
<b>Sturzort:</b> <input type="checkbox"/> Patientenzimmer <input type="checkbox"/> WC <input checked="" type="checkbox"/> Korridor <input type="checkbox"/> anderer Ort: _____	
<b>Sturzhergang (genaue Beschreibung):</b> Auf dem Weg zum Speisesaal sackte Frau Frentin plötzlich weg und stürzte. Sie konnte mit Hilfe wieder aufstehen und wies keine Verletzungen auf. Als Grund für den Sturz gab Frau Frentin an, dass ihr schwindlig gewesen sei.	
<b>Sturzart:</b> <input checked="" type="checkbox"/> beim Gehen <input type="checkbox"/> beim Aufstehen/Hinsetzen <input type="checkbox"/> aus dem Sitzen/Liegen	
<b>Sturzfolgen:</b> <input checked="" type="checkbox"/> keine Verletzung <input type="checkbox"/> leichtere Verletzung <input type="checkbox"/> schwerere Verletzung Art der Verletzung(en)/Frakturen: _____	
<b>Maßnahmen zu den Sturzfolgen:</b> _____	

Name: Frau Frentin

Datum/Uhrzeit: 16.10.14/08.15 Hdz: TK

## Sturzprotokoll

<b>Modul:</b>	<b>Pflegedokumentation</b>
<b>Baustein:</b>	<b>Grundlagen des Dokumentierens (2)</b>
<b>Lerneinheiten:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rechtliche Grundsätze des Dokumentierens</li> <li>• Formale und inhaltliche Grundsätze des Dokumentierens</li> <li>• Den Pflegebericht formulieren</li> <li>• Die Pflegeakte führen</li> </ul>

<b>Lernziele</b>	<p>Fachkompetenz: Die Lernenden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sind sich bewusst, dass die Pflegeakte eine rechtsverbindliche Akte ist, und wissen, was bezüglich der Pflegeakte erlaubt ist und was nicht.</li> <li>• kennen die Anforderungen an das Dokumentieren in der Pflege und sind sich ihrer Bedeutung für den Pflegealltag bewusst.</li> <li>• erkennen und korrigieren formale und inhaltliche Fehler in Pflegedokumenten.</li> <li>• wissen, welche Informationen in welches Pflegedokument gehören, und können ausgewählte Informationen an der richtigen Stelle wert- und interpretationsfrei eintragen.</li> </ul>
<b>Inhaltliche Schwerpunkte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• rechtliche Grundsätze des Dokumentierens</li> <li>• formale und inhaltliche Grundsätze des Dokumentierens</li> <li>• Formulieren von Pflegeberichten</li> <li>• Führen einer Pflegeakte</li> </ul>
<b>Didaktisch-methodische Hinweise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zahlreiche Lese- und Schreibanlässe auf Basis von „Original“- Pflegedokumenten</li> <li>• Bewertung verschiedener Pflegesituationen anhand von Grundsätzen der Pflegedokumentation</li> <li>• Wortschatzarbeit zu adjektivischen Merkmalen der Pflegedokumentation</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rote und grüne Karten für Kartenabfrage (LE 1)</li> <li>• verschiedenfarbige Stifte für Lesestrategietraining (LE 4)</li> <li>• ganzseitige Kopien der Pflegedokumente (LE 1 und 4)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Zeithorizont: ca.: 3 ½ Zeitstunden</b></p>
<b>Weiterführende Hinweise</b>	<p>Informationen zu den Grundsätzen der Pflegedokumentation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="http://www.pflegewiki.de/wiki/Pflegedokumentation">http://www.pflegewiki.de/wiki/Pflegedokumentation</a></li> </ul> <p>Musterdokumentationen lassen sich zahlreich im Internet finden, z. B. bei den gesetzlichen Krankenkassen.</p>

# Rechtliche Grundsätze des Dokumentierens

1. Aufgabe: Eine Pflegedokumentation ist eine rechtsverbindliche Akte.



Überlegen Sie, was das bedeutet. Beantworten Sie hierzu die Fragen 1 bis 5.

Schreiben Sie auf grüne Karten, was man darf.

Schreiben Sie auf rote Karten, was man nicht darf.

- 1) Was darf in der Pflegedokumentation stehen, was nicht?
- 2) Wie darf die Pflegedokumentation aufbewahrt werden, wie nicht?
- 3) Wer darf etwas in die Pflegedokumentation schreiben, wer nicht?
- 4) Wie darf man in die Pflegedokumentation schreiben, wie nicht?
- 5) Wer darf die Pflegedokumentation lesen, wer nicht?

2. Aufgabe: Eine richtig geführte Pflegedokumentation muss verschiedene Merkmale aufweisen.



a) Schreiben Sie zu jedem der Wörter, was sie bedeuten.

Eine Pflegedokumentation, die richtig geführt wird, ist ...

*z. B.: Etwas ist übersichtlich, wenn ich mich schnell zurechtfinde.*  
übersichtlich

kontinuierlich

einheitlich

dokumentenecht

nachvollziehbar

aktuell

unverfälscht



b) Ordnen Sie die Merkmale der Pflegedokumentation den richtigen Umschreibungen zu.

übersichtlich      kontinuierlich      einheitlich      dokumentenecht  
nachvollziehbar      aktuell      ~~unverfälscht~~

Die Pflegekraft dokumentiert nur, was sie selbst erledigt hat. Nachträge müssen gekennzeichnet werden.

unverfälscht

Die Einträge passen in den Zusammenhang und beziehen sich auf das, was vorher geschrieben wurde. Die Einträge sind gut lesbar und verständlich geschrieben.

Die Einträge sind mit Kugelschreiber oder Füller geschrieben. Einträge mit Bleistift sind nicht erlaubt. Falsche Angaben werden lesbar durchgestrichen und korrigiert. Korrekturen sind mit Datum abgezeichnet.

Die Eintragungen sind fortlaufend geführt. Es gibt keine Lücken. Jeder Vorfall wird mit Datum und Uhrzeit erfasst.

Die Blätter der Pflegeakte sind immer gleich geordnet. Die Eintragungen sind an der richtigen Stelle.

Es werden immer dieselben Codes (z. B. Farben für die Schichten), Abkürzungen, Handzeichen und Symbole verwendet.

Die Pflegehandlungen und die gemessenen Werte werden sofort eingetragen und abgezeichnet. Es existieren keine Notizen auf losen Zetteln. Der Pflegebericht wird direkt am Ende der Schicht ausgefüllt.

**3. Aufgabe: Entscheiden Sie: Haben die Pflegekräfte in den Situationen richtig gehandelt?  
Kreuzen Sie an.**



**Situation 1:**

Pfleger Patrick ist neu im Team. In seiner früheren Pflegeeinrichtung wurden Eintragungen im Frühdienst immer rot geschrieben. Das macht Patrick auch jetzt so. Ihm fällt jedoch auf, dass die Eintragungen des Frühdienstes vom Vortag blau sind. Patrick korrigiert seine Eintragung nicht. Man erkennt ja an der Uhrzeit, dass es sich um den Frühdienst handelt.

Hat er sich richtig verhalten?  ja  nein

**Situation 2:**

Pflegehelferin Özlem hat Herrn Gabler beim Anziehen geholfen. Dabei ist ihr aufgefallen, dass er einen großen blauen Fleck an der Hüfte hat. Sie möchte diese Beobachtung im Pflegebericht notieren, hat aber ihren Kugelschreiber vergessen. Özlem fragt Herrn Gabler nach einem Stift. Er gibt ihr einen Bleistift. Özlem verwendet den Stift zunächst. Später schreibt sie ihre Notiz mit Kugelschreiber nach.

Hat sie sich richtig verhalten?  ja  nein

**Situation 3:**

Pflegefachkraft Sylvie hat Feierabend. Kurz bevor sie das Schwesternzimmer verlässt, dreht sie sich noch einmal um und sagt zu Pflegehelfer Urs: „Ich habe vergessen einzutragen, dass ich Frau Perez um 13 Uhr ihre Insulinspritze gegeben habe. Könntest du das bitte für mich nachtragen?“ Urs möchte Sylvie diesen Gefallen tun und trägt die Information in den Pflegebericht ein.

Hat er sich richtig verhalten?  ja  nein



# Rechtliche Grundsätze des Dokumentierens

## 1. Aufgabe: Eine Pflegedokumentation ist eine rechtsverbindliche Akte.



Überlegen Sie, was das bedeutet. Beantworten Sie hierzu die Fragen 1 bis 5.

Schreiben Sie auf grüne Karten, was man darf.

Schreiben Sie auf rote Karten, was man nicht darf.

- 1) Was darf in der Pflegedokumentation stehen, was nicht?
- 2) Wie darf die Pflegedokumentation aufbewahrt werden, wie nicht?
- 3) Wer darf etwas in die Pflegedokumentation schreiben, wer nicht?
- 4) Wie darf man in die Pflegedokumentation schreiben, wie nicht?
- 5) Wer darf die Pflegedokumentation lesen, wer nicht?

### Durchführungshinweis:

Bilden Sie zur Bearbeitung der Aufgabe fünf Gruppen und lassen Sie jeweils nur eine Frage beantworten und die Ergebnisse auf roten und grünen Karten festhalten (Stichpunkte). Lassen Sie die Antworten anschließend von den Gruppen vortragen und farblich sortiert an die Tafel heften. Diskutieren Sie insbesondere strittige Aspekte im Plenum. Greifen Sie abschließend die Ausgangsfrage wieder auf: „Die Pflegedokumentation ist eine rechtsverbindliche Akte. Was bedeutet das?“

### Auswertungshinweis:

#### • Was darf in der Pflegedokumentation stehen, was nicht?

In der Pflegedokumentationen sollten stehen: Name des Patienten, Anordnungen, durchgeführte Maßnahmen, Diagnosen, Therapien, Einwilligungen, patientenbezogene Kommunikation, atypische Verläufe, Handzeichen Anordnender, Handzeichen Durchführender. In der Pflegedokumentation dürfen keine Unwahrheiten stehen.

#### • Wie darf die Pflegedokumentation aufbewahrt werden, wie nicht?

Die Pflegedokumentation darf nicht öffentlich zugänglich sein. Im stationären Bereich sollte sie im Stationszimmer aufbewahrt werden. Auch in der ambulanten Pflege muss darauf geachtet werden, dass die Dokumentation für Fremde nicht offen lesbar ist.

#### • Wer darf etwas in die Pflegedokumentation schreiben, wer nicht?

In die Dokumentation dürfen beteiligte Ärzte und Pflegekräfte schreiben, nicht hingegen Patienten, Angehörige usw.

#### • Wie darf man in die Pflegedokumentation schreiben, wie nicht?

In die Pflegedokumentation muss objektiv, verständlich, eindeutig, übersichtlich geschrieben werden. Die Dokumentation muss zudem richtig, vollständig, kontinuierlich und zeitnah erfolgen. Bei der Formulierung müssen der Pflegebedürftige sowie pflegerische Gesichtspunkte im Mittelpunkt stehen.

#### • Wer darf die Pflegedokumentation lesen, wer nicht?

Lesen dürfen die Dokumentation: anordnende Ärzte/Pflegekräfte, durchführende Pflegekräfte, Patient, Angehörige des Patienten nur bei Nachweis einer besonderen Bevollmächtigung.

2. Aufgabe: Eine richtig geführte Pflegedokumentation muss verschiedene Merkmale aufweisen.



a) Schreiben Sie zu jedem der Wörter, was sie bedeuten.

Eine Pflegedokumentation, die richtig geführt wird, ist ...

*z. B.: Etwas ist übersichtlich, wenn ich mich schnell zurechtfinde.*

übersichtlich

*Wenn etwas kontinuierlich ist, wird es ununterbrochen gemacht.*

kontinuierlich

*Etwas wurde von verschiedenen Personen in derselben Weise gemacht.*

einheitlich

*Etwas ist dokumentenecht, wenn es nicht einfach entfernbar ist.*

dokumentenecht

*Das bedeutet, dass es von anderen Personen verstanden wird.*

nachvollziehbar

*Aktuell heißt, dass etwas immer auf dem neuesten Stand ist.*

aktuell

*Etwas ist unverfälscht, wenn es im Originalzustand bleibt.*

unverfälscht



b) Ordnen Sie die Merkmale der Pflegedokumentation den richtigen Umschreibungen zu.

übersichtlich

kontinuierlich

einheitlich

dokumentenecht

nachvollziehbar

aktuell ~~unverfälscht~~

Die Pflegekraft dokumentiert nur, was sie selbst erledigt hat. Nachträge müssen gekennzeichnet werden.

unverfälscht

Die Einträge passen in den Zusammenhang und beziehen sich auf das, was vorher geschrieben wurde. Die Einträge sind gut lesbar und verständlich geschrieben.

nachvollziehbar

Die Einträge sind mit Kugelschreiber oder Füller geschrieben. Einträge mit Bleistift sind nicht erlaubt. Falsche Angaben werden lesbar durchgestrichen und korrigiert. Korrekturen sind mit Datum abgezeichnet.

dokumentenecht

Die Eintragungen sind fortlaufend geführt. Es gibt keine Lücken. Jeder Vorfall wird mit Datum und Uhrzeit erfasst.

kontinuierlich

Die Blätter der Pflegeakte sind immer gleich geordnet. Die Eintragungen sind an der richtigen Stelle.

übersichtlich

Es werden immer dieselben Codes (z. B. Farben für die Schichten), Abkürzungen, Handzeichen und Symbole verwendet.

einheitlich

Die Pflegehandlungen und die gemessenen Werte werden sofort eingetragen und abgezeichnet. Es existieren keine Notizen auf losen Zetteln. Der Pflegebericht wird direkt am Ende der Schicht ausgefüllt.

aktuell

**Durchführungshinweis:**

Die Paraphrasierungsaufgabe zur Wortschatzerweiterung lässt sich auch mit einem Wörterbuchtraining verbinden. Lassen Sie z. B. (von Einzelnen) mit Hilfe eines Synonymwörterbuchs bedeutungsgleiche bzw. bedeutungsähnliche Wörter für die Adjektive recherchieren.

### 3. Aufgabe: Entscheiden Sie: Haben die Pflegekräfte in den Pflegesituationen richtig gehandelt? Kreuzen Sie an.



#### Situation 1:

Pfleger Patrick ist neu im Team. In seiner früheren Pflegeeinrichtung wurden Eintragungen im Frühdienst immer rot geschrieben. Das macht Patrick auch jetzt so. Ihm fällt jedoch auf, dass die Eintragungen des Frühdienstes vom Vortag blau sind. Patrick korrigiert seine Eintragung nicht. Man erkennt ja an der Uhrzeit, dass es sich um den Frühdienst handelt.

Hat er sich richtig verhalten?  ja  nein

#### Situation 2:

Pflegehelferin Özlem hat Herrn Gabler beim Anziehen geholfen. Dabei ist ihr aufgefallen, dass er einen großen blauen Fleck an der Hüfte hat. Sie möchte diese Beobachtung im Pflegebericht notieren, hat aber ihren Kugelschreiber vergessen. Özlem fragt Herrn Gabler nach einem Stift. Er gibt ihr einen Bleistift. Özlem verwendet den Stift zunächst. Später schreibt sie ihre Notiz mit Kugelschreiber nach.

Hat sie sich richtig verhalten?  ja  nein

#### Situation 3:

Pflegefachkraft Sylvie hat Feierabend. Kurz bevor sie das Schwesternzimmer verlässt, dreht sie sich noch einmal um und sagt zu Pflegehelfer Urs: „Ich habe vergessen einzutragen, dass ich Frau Perez um 13 Uhr ihre Insulinspritze gegeben habe. Könntest du das bitte für mich nachtragen?“ Urs möchte Sylvie diesen Gefallen tun und trägt die Information in den Pflegebericht ein.

Hat er sich richtig verhalten?  ja  nein

#### Auswertungshinweis:

Einige Lösungen sind durchaus diskussionsfähig, z. B. Situation 2: In der Pflegedokumentation darf nicht mit Bleistift geschrieben werden, weil dies dem Grundsatz der Dokumentenechtheit widerspricht. In Situation 2 wäre zu diskutieren, ob vorübergehend Aktualität vor Dokumentenechtheit zu stellen wäre.



# Formale und inhaltliche Grundsätze des Dokumentierens

1. Aufgabe: Die Einträge in eine Pflegedokumentation müssen übersichtlich, kontinuierlich, einheitlich, dokumentenecht, nachvollziehbar, aktuell und unverfälscht sein.



Markieren Sie die Fehler im Stammblatt und im Pflegebericht.

## Stammblatt

Persönliche Daten		
<input checked="" type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Angehörige: Ruth Schweitzer-Mewes
Name: Schweizer	Adresse: Erlanger Str. 6, 10382 Bln.	
Vorname: Elisabeth	Tel.nr: 030-45 72 39 15 oder 0175-41 84 6 7 25	
Geb.-datum: 03. <del>04</del> 01. 1930		
Geb.ort: Breslau	Besonderheiten: Frau Schweizer bringt eine Katze mit ins Heim. Sie ist nach den Vorschriften geimpft und entwurmt. Die Katze wird von Frau Schweizer versorgt und hört auf den Namen Moorle	
Konfession: röm.-kath.		
Staatsangehörigkeit: deutsch		
Bisherige Adresse: Niedermeyerstraße 10, 10247 Berlin		

## Pflegebericht

Datum/ Uhrzeit	Bericht	Hdz
14.04.14 FD 11.00	BW wollte sich heute Morgen nicht waschen lassen und war total aggressiv.	E1
14.04.14 SD 19.00	BW hat am Nachmittag Besuch von der Tochter gehabt und sich sehr darüber gefreut	Ma
15.04.14 ND 06.00	BW hat gut geschlafen.	SR
15.04.14 FD 08:30	BW gibt nach dem Waschen am Waschbecken Schmerzen im linken Knie an - Arzt verständigt	Ja
15.04.14 FD 08:45	Verabreichung von Ibuprofen 400 supp.	
15.04.14 FD 09:15	BW sagt, die Schmerzen haben sich gebessert	Ma
15.04.14 FD 13.00	BW möchte am Nachmittag mit Hilfe in den Garten gehen	Ma

Name: Frau Schubert Jahr: 2014 Seite: 12

Pflegebericht

2. Aufgabe: a) Lesen Sie den Text zu den Handzeichen und sehen Sie sich die Handzeichenliste an.



Was „MK“, „MO“ und „Joc“ bedeuten: die Handzeichen

Jede Eintragung muss mit einem ganz persönlichen Handzeichen abgezeichnet werden. Diese Handzeichen nennt man auch **Kürzel**. Das Abzeichnen heißt damit: **Kürzeln**. Das Handzeichen wird oft aus den Initialen (Anfangsbuchstaben von Vor- und Nachnamen) oder den ersten Buchstaben des Namens gebildet. Wer einen ganz kurzen Namen hat (z. B. Frau Mut), muss oft nicht abkürzen. Das Kürzel muss eindeutig zuordenbar sein. Es darf nicht mit den Handzeichen von Kolleginnen oder Kollegen verwechselt werden können. In der Tabelle gibt es zwei Kolleginnen mit den gleichen Initialen. Schauen Sie sich an, wie sie das Problem gelöst haben.

Name der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters	Tätigkeit im Pflegedienst/berufliche Qualifikation	Handzeichen
Martina Kummer	Pflegefachkraft	Mk
Monika Keeler	Pflegefachkraft	MO
Jochen Wilms	Pflegehelfer	Joc
Theresa Mut	Pflegefachkraft	Mut
Larissa Schuster	Beobachtungskraft	Scu



b) Stellen Sie sich vor, Ihre Gruppe ist ein Pflorgeteam.

Überlegen Sie sich Ihr eigenes Kürzel. Tragen Sie es in eine Handzeichenliste ein.



c) Überprüfen Sie das Ergebnis gemeinsam.

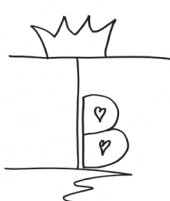
Sind alle Kürzel eindeutig und gut erkennbar?

Wenn nicht, finden Sie Lösungen.

3. Aufgabe: Beurteilen Sie die folgenden Handzeichen.



a)



b)



c)





# Formale und inhaltliche Grundsätze des Dokumentierens

1. Aufgabe: Die Einträge in eine Pflegedokumentation müssen übersichtlich, kontinuierlich, einheitlich, dokumentenecht, nachvollziehbar, aktuell und unverfälscht sein.



Markieren Sie die Fehler im Stammblatt und im Pflegebericht.

## Stammblatt

Persönliche Daten	
<input checked="" type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Angehörige: Ruth Schweitzer-Mewle
Name: Schweizer	Adresse: Franke Str. 6, 10582 Bln.
Vorname: Elisabeth	Tel.nr: 030-45 72 39 15 oder 0175-41 84 6 7 25
Geb.-datum: 03. <del>03</del> 01 1930	
Geb.ort: Breslau	Besonderheiten: Frau Schweizer bringt eine Katze mit ins Heim. Sie ist nach den Vorschriften geimpft und entwurmt. Die Katze wird von Frau Schweizer versorgt und hört auf den Namen Moorle
Konfession: <del>evangelisch</del> röm.-kath.	
Staatsangehörigkeit: deutsch	
Bisherige Adresse: Niedermeyerstraße 10, 10247 Berlin	

### Auswertungshinweis:

1. Das Geburtsdatum wurde korrigiert. Der ursprüngliche Text darunter ist nicht mehr zu erkennen.
2. Die Konfession wurde korrigiert. Der ursprüngliche Text wurde mit Tipp-Ex übermalt und ist nicht mehr zu erkennen.
3. Die Hausnummer der bisherigen Adresse wurde mit Bleistift geschrieben. Sie ist nicht dokumentenecht.
4. Der Name der Angehörigen wurde mit Bleistift geschrieben und ist nicht dokumentenecht (ggf. auf Stiftart hinweisen, so durch Kopie nicht eindeutig erkennbar).
5. Die Adresse der Angehörigen ist nur schwer leserlich.
6. Der Name der Katze wurde durch Überkleben korrigiert. Der ursprüngliche Text ist nicht mehr zu erkennen.

## Pflegebericht

Datum/ Uhrzeit	Bericht	Hdz
14.04.14 FD 11.00	BW wollte sich heute Morgen nicht waschen lassen und war total aggressiv.	El
14.04.14 SD 19.00	BW hat am Nachmittag Besuch von der Tochter gehabt und sich sehr darüber gefreut	Ma
15.04.14 ND 06.00	BW hat gut geschlafen.	SR
15.04.14 FD 08:30	BW gibt nach dem Waschen am Waschbecken Schmerzen im linken Knie an - Arzt verständigt	Ja
15.04.14 FD 08:45	Verabreichung von Ibuprofen 400 supp.	
15.04.14 FD 09:15	BW sagt, die Schmerzen haben sich gebessert	Ma
15.04.14 FD 13.00	BW möchte am Nachmittag mit Hilfe in den Garten gehen	Ma

Name: Frau Schubert Jahr: 2014 Seite: 12

Pflegebericht

**Auswertungshinweis:**

Besprechen Sie die Fehler mit der ganzen Gruppe. Erinnern Sie noch einmal daran, dass Eintragungen nur dann richtig sein können, wenn die Beobachtung objektiv, wertfrei und vollständig war.

1. „Aggressiv“ ist eine Bewertung und daher zu unterlassen.
2. „BW hat gut geschlafen“ ist eine nicht überprüfte Aussage.  
Besser: „BW gibt an, gut geschlafen zu haben“.
3. Handzeichen beim FD (8.45 Uhr) fehlt.



2. Aufgabe: a) Lesen Sie den Text zu den Handzeichen und sehen Sie sich die Handzeichenliste an.



### Was „MK“, „MO“ und „Joc“ bedeuten: die Handzeichen

Jede Eintragung muss mit einem ganz persönlichen Handzeichen abgezeichnet werden. Diese Handzeichen nennt man auch **Kürzel**. Das Abzeichnen heißt damit: **Kürzeln**.

Das Handzeichen wird oft aus den Initialen (Anfangsbuchstaben von Vor- und Nachnamen) oder den ersten Buchstaben des Namens gebildet. Wer einen ganz kurzen Namen hat (z. B. Frau Mut), muss oft nicht abkürzen.

Das Kürzel muss eindeutig zuordenbar sein. Es darf nicht mit den Handzeichen von Kolleginnen oder Kollegen verwechselt werden können.

In der Tabelle gibt es zwei Kolleginnen mit den gleichen Initialen. Schauen Sie sich an, wie sie das Problem gelöst haben.

Name der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters	Tätigkeit im Pflegedienst/berufliche Qualifikation	Handzeichen
Martina Kummer	Pflegefachkraft	Mk
Monika Keeler	Pflegefachkraft	MO
Jochen Wilms	Pflegehelfer	Joc
Theresa Mut	Pflegefachkraft	Mut
Larissa Schuster	Beauftragte	SM



- b) Stellen Sie sich vor, Ihre Gruppe ist ein Pflegeteam.  
Überlegen Sie sich Ihr eigenes Kürzel. Tragen Sie es in eine Handzeichenliste ein.



- c) Überprüfen Sie das Ergebnis gemeinsam.  
Sind alle Kürzel eindeutig und gut erkennbar?  
Wenn nicht, finden Sie Lösungen.

**Durchführungshinweis:**

Kopieren Sie die Handzeichenliste auf eine Folie und lassen Sie die Eintragungen der Gruppe hierauf vornehmen. Lassen Sie die Spalte „Tätigkeit im Pflegedienst“ gegebenenfalls unausgefüllt.

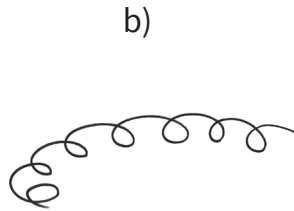
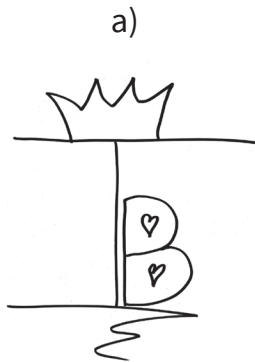
**Auswertungshinweis:**

Die Lernenden sollen in der Handzeichenliste erkennen, dass eine Kollegin sich für ihre Initialen und die andere für die ersten beiden Buchstaben ihres Vornamens entschieden hat.





### 3. Aufgabe: Beurteilen Sie die folgenden Handzeichen.



#### Auswertungshinweis:

Den Lernenden soll bewusst werden, dass eine Pflegedokumentation eine wichtige Akte ist, die Sachlichkeit erfordert. Schmuckinitialen als Kürzel sind unangemessen (a). Die zweite "Unterschrift" ist nicht eindeutig (b). Das Emoticon repräsentiert üblicherweise keine Person (c). Unangebracht sind auch Verniedlichungsformen wie „Mausi“, Spitznamen usw.

Zusätzlich könnte diskutiert werden, ob Initialen wie „SS“ oder „SA“ verwendet werden sollten oder nicht.

# Den Pflegebericht formulieren

1. Aufgabe: Lesen Sie die nachfolgenden Sätze.



Welche Formulierungen würden Sie im Pflegebericht verwenden, welche nicht?  
Begründen Sie.



1. Herr Graf beleidigte mich und verweigerte die Pflege.
2. Herr Nowak war heute sehr aggressiv.
3. Frau Zimmermann hatte heute großen Hunger.
4. Frau Wolff ist schon wieder hingefallen.
5. Herr Dietrich jammert heute viel und klingelt ständig.

2. Aufgabe: Stellen Sie sich vor: Frau Bergmann klingelt zwischen 10 und 12 Uhr 6-mal und bittet Sie jedes Mal um ein Glas Wasser.



a) Wie deuten Sie die Situation mit Frau Bergmann?

---

---

---

---

---

---

---



b) Lesen Sie den Text.

Schreiben Sie im Pflegebericht immer nur genau das, was vorgefallen ist. Es ist sehr wichtig, dass Sie Ihre Beobachtungen nicht interpretieren (deuten). Interpretieren bedeutet: Sie schreiben, wie Sie die Situation erlebt haben und wie Sie sich die Situation erklären. Das kann falsch sein. Manche Situationen erscheinen auf den ersten Blick eindeutig. Trotzdem kann sich etwas anderes dahinter verbergen. Bei besonders wichtigen Ereignissen (z. B. einem Sturz), müssen Sie auch schreiben, was Sie daraufhin getan haben.



c) Was sollten Sie zum Klingeln von Frau Bergmann in den Pflegebericht schreiben?

---

---

**3. Aufgabe: Schreiben Sie die folgenden Sätze ohne Wertung und Interpretation.**



1. Herr Graf beleidigte mich und wollte sich nicht waschen lassen.

*Herr Graf äußerte großen Ärger und lehnte die Pflege ab.*

2. Herr Nowak ist heute sehr aggressiv.

---

---

3. Frau Zimmermann hatte heute großen Hunger.

---

---

4. Herr Dietrich jammert heute viel und klingelt ständig.

---

---

5. Herr Celik hat keinen Durchblick mehr.

---

---

6. Frau Goretzki war heute völlig fertig.

---

---



# Den Pflegebericht formulieren

1. Aufgabe: Lesen Sie die nachfolgenden Sätze.



Welche Formulierungen würden Sie im Pflegebericht verwenden, welche nicht? Begründen Sie.

---



1. Herr Graf beleidigte mich und verweigerte die Pflege.
2. Herr Nowak war heute sehr aggressiv.
3. Frau Zimmermann hatte heute großen Hunger.
4. Frau Wolff ist schon wieder hingefallen.
5. Herr Dietrich jammert heute viel und klingelt ständig.

### Auswertungshinweis:

Die Lernenden sollten erkennen, dass wertende Begriffe, Verallgemeinerungen und Interpretationen im Pflegebericht unangebracht sind. Lassen Sie Verbesserungsvorschläge machen.

2. Aufgabe: Stellen Sie sich vor: Frau Bergmann klingelt zwischen 10 und 12 Uhr 6-mal und bittet Sie jedes Mal um ein Glas Wasser.



a) Wie deuten Sie die Situation mit Frau Bergmann?

---

*z. B. Frau Bergmann ist heute sehr durstig, Frau Bergmann möchte heute nicht allein sein, Frau Bergmann hat möglicherweise Erinnerungslücken*

### Auswertungshinweis:

Geben Sie ggf. alternative Deutungen in die Diskussion, so nur eine Auslegung genannt wird.

**b) Lesen Sie den Text.**

Schreiben Sie im Pflegebericht immer nur genau das, was vorgefallen ist. Es ist sehr wichtig, dass Sie Ihre Beobachtungen nicht interpretieren (deuten). Interpretieren bedeutet: Sie schreiben, wie Sie die Situation erlebt haben und wie Sie sich die Situation erklären. Das kann falsch sein. Manche Situationen erscheinen auf den ersten Blick eindeutig. Trotzdem kann sich etwas anderes dahinter verbergen. Bei besonders wichtigen Ereignissen (z. B. einem Sturz), müssen Sie auch schreiben, was Sie daraufhin getan haben.

**c) Was sollten Sie zum Klingeln von Frau Bergmann in den Pflegebericht schreiben?**

*Frau Bergmann hat heute zwischen 10 und 12 Uhr 6-mal um ein Glas Wasser gebeten.*

**3. Aufgabe: Schreiben Sie die folgenden Sätze ohne Wertung und Interpretation.**

1. Herr Graf beleidigte mich und wollte sich nicht waschen lassen.

*Herr Graf äußerte großen Ärger und lehnte die Pflege ab.*

2. Herr Nowak ist heute sehr aggressiv.

*Herr Nowak hat heute zweimal die Pflegekraft geschlagen.*

3. Frau Zimmermann hatte heute großen Hunger.

*Frau Zimmermann aß heute zwei Portionen Kartoffelsuppe.*

4. Herr Dietrich jammert heute viel und klingelt ständig.

*Herr Dietrich hat heute zwischen 10 und 12 Uhr 7-mal geklingelt. Er klagte wiederholt über die seltenen Besuche seiner Tochter.*

5. Herr Celik hat keinen Durchblick mehr.

*Herr Celik ist (je nach Situation zeitlich, örtlich ...) desorientiert.*

6. Frau Goretzki war heute völlig fertig.

*Frau Goretzki klagte über Müdigkeit/Erschöpfung.*

**Durchführungshinweis:**

Weisen Sie darauf hin, dass es sinnvoll ist, sich zu den Sätzen eine konkrete Situation vorzustellen. Bessere Formulierungen zu finden, fällt dann leichter.

**Auswertungshinweis:**

Nehmen Sie die unterschiedlichen Sätze zum Ausgangspunkt, um erneut darauf hinzuweisen, wie wichtig konkrete Beobachtungen für die Pflege sind (anstelle von Bewertungen/Interpretationen).

# Die Pflegeakte führen

## 1. Aufgabe: Lesen Sie die Pflegeanamnese von Frau Beyer.

Kreuzen Sie an, ob die Aussagen richtig oder falsch sind.



**Pflegeanamnese**

Name: Margarethe Beyer  
Erhebung durch: Marjolke Hauber am: 10.08.2014

Kommunizieren			
Kontaktaufnahme möglich: <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sprache: <input checked="" type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> Fremdsprache.....	sich mitteilen <input checked="" type="checkbox"/> mündlich <input checked="" type="checkbox"/> nonverbal <input checked="" type="checkbox"/> schriftlich	verstehen/erkennen <input checked="" type="checkbox"/> verbal <input checked="" type="checkbox"/> schriftlich <input checked="" type="checkbox"/> Bilder/Gegenstände
wahrnehmen: <input checked="" type="checkbox"/> sehen	Hilfsmittel: <u>Brille</u>		
wahrnehmen: <input checked="" type="checkbox"/> hören	Hilfsmittel: <u>/</u>		
Probleme/Risiken <u>Frau Beyer leidet unter einer sehenschwäche hat Probleme beim Formulieren von Sätzen ist verlangsamt im Sprachgebrauch -&gt; Risiko der Rückzug/ Vereinsamung</u>		Fähigkeiten/Ressourcen <u>Frau Beyer kann auf konkrete Nachfrage Wünsche und Abneigungen mitteilen ist kooperativ akzeptiert Regeln des Zusammenlebens</u>	

sich bewegen					
Gehen, eben	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input checked="" type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Gehen, Treppe	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input checked="" type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Gebrauch von Gehhilfen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input checked="" type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Umgang mit dem Rollstuhl	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Sitzen auf Stuhl	<input checked="" type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Sitzen im Bett	<input checked="" type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Lagerung im Bett	<input checked="" type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Transfer	<input type="checkbox"/> selbständig	<input checked="" type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Aufstehen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input checked="" type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Zubettgehen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input checked="" type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Verlassen der Wohnung	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input checked="" type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Beweglichkeit	<input type="checkbox"/> normal	<input checked="" type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> immobil	seit wann?	
Dekubitusrisiko siehe Braden-Skala	Bewegungseinschränkung (wenn ja, welche?) <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <u>unsicherer Gang, nach vorn geneigte Körperhaltung</u>		bestehende Kontrakturen (wenn ja, welche?) <u>Kontrakturen beider Kniegelenke Kontrakturen der Fingergelenke</u>		
Probleme/Risiken <u>Frau Beyer leidet unter reduzierter Körperkraft / körperlicher Schwäche eingeschränkte Beweglichkeit und dadurch verursachte Schmerzen Gefahr von Stürzen und Folgeerkrankungen durch Gangunsicherheit</u>			Fähigkeiten/Ressourcen <u>Frau Beyer akzeptiert Unterstützung durch Pflegekraft kann sich in ihrer häuslichen Umgebung selbständig mit Gehhilfe (Rollator) fortbewegen lässt sich beraten</u>		



sich kleiden					
Ankleiden	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input checked="" type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Auskleiden	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input checked="" type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Auswahl von Kleidung	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input checked="" type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Vorlieben/trägt gern: bunte Röcke					
Probleme/Risiken			Fähigkeiten/Ressourcen		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frau Beyer kann aufgrund der Bewegungseinschränkung der Beine und Kniegelenke nicht selbständig die Kleidung aus dem Schrank nehmen</li> <li>- kann Knöpfe und Verschlüsse nicht selbständig bedienen</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frau Beyer legt Wert auf gepflegte Kleidung</li> <li>- kann Wünsche bezüglich der Kleidung äußern</li> </ul>		

sich beschäftigen		
Tagesgestaltung		
<input type="checkbox"/> selbständig <input checked="" type="checkbox"/> mit Hilfe		
Interessen	Aktivitäten	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- singt gerne</li> <li>- spielt gerne Würfelspiele</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nimmt 1x wöchentlich am Spielernachmittag teil</li> <li>- geht 2x wöchentlich mit Tochter kaffee trinken</li> </ul>	
Probleme/Risiken		Fähigkeiten/Ressourcen
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frau Beyer kann Tagesablauf und eigene Beschäftigung nicht mehr eigenständig planen und durchführen</li> <li>- kann sich nicht lange konzentrieren</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frau Beyer ist motiviert an Aktivitäten teilzunehmen</li> </ul>

	richtig	falsch
1. Frau Beyer zieht sich meist selbstständig an.		
2. Frau Beyer kann nur unsicher gehen, weil sie Probleme mit den Gelenken hat.		
3. Wenn man Frau Beyer etwas fragt, antwortet sie meist sehr ausführlich.		
4. Frau Beyer kann sich überwiegend selbstständig fortbewegen.		
5. Bei der Planung und Durchführung von Tagesaktivitäten benötigt Frau Beyer Hilfe.		
6. Frau Beyer benötigt ein Hörgerät.		
7. Frau Beyer ist oft unzufrieden mit der Auswahl ihrer Kleidung.		
8. Frau Beyer singt gern und spielt gern Schach.		



## 2. Aufgabe: Führen Sie die Pflegeakte von Herrn Schwerdtner.



a) Lesen Sie die Informationen zur Person und zu den Pflegemaßnahmen. Entscheiden Sie: Welche Informationen werden in welchem Formular erfasst?

Markieren Sie z. B. folgendermaßen:

- Stammblatt,
- Pflegeanamnese,
- Durchführungsnachweis,
- Pflegebericht und
- Spezielle Formulare.

**Beachten Sie: Manche Informationen betreffen mehrere Formulare.**

Herr Gerhard Schwerdtner wurde am 09.12.1939 geboren. Er ist verwitwet und gehört der evangelischen Kirche an. Seine Tochter Simone Juarez, geb. Schwerdtner, kümmerte sich bis zu seinem Umzug ins Pflegeheim um ihn. Sie wohnt in der Brunnengasse 4, 12345 Berlin und ist unter 030/123 45 765 ab 17 Uhr zu erreichen.

Herr Schwerdtner leidet an Diabetes Typ 2 und hat eine Vollprothese sowie ein Hörgerät. Seit seinem Schlaganfall benötigt er eine Gehhilfe.

Er ist bei der AOK Berlin krankenversichert und hat mit Wirkung zum 01.11.2013 Pflegestufe I bewilligt bekommen. Sein Hausarzt ist Dr. Nguyen in der Dresdener Str. 57, 12343 Berlin.

Herr Schwerdtner ist am 15.05.2014 ins Pflegeheim am Sonnenberg gezogen. Manchmal hat er Kaubeschwerden, weil die Prothese nicht richtig sitzt. Deswegen isst er nur weiche Kost. Dadurch hat er abgenommen und wiegt nur noch 68 kg bei 1,81 m Körpergröße. Er liebt Süßspeisen und trinkt gern Saft, was aber wegen seiner Zuckerkrankheit nicht empfehlenswert ist. Wenn er keine Säfte trinken darf, kommt es vor, dass er zu wenig trinkt. Es ist wichtig, darauf zu achten, dass er genügend Flüssigkeit zu sich nimmt.

In der Woche nach seinem Einzug ist Herr Schwerdtner gestürzt, weil er sich im Dunkeln nicht zurechtgefunden hat. Er war zum Röntgen in der Notaufnahme, aber glücklicherweise hat er außer einem großen blauen Fleck an der Hüfte keine Verletzungen. Jetzt trägt er nachts Hüftprotektoren und es brennen zwei Nachtlichter zur Orientierung. Seine Tochter besucht ihn regelmäßig. Sie unternimmt mit ihm Ausflüge oder nimmt ihn mit zu sich nach Hause. Darauf wartet er immer sehnsüchtig. Als seine Tochter vor vier Wochen kurzfristig absagen musste,

reagierte Herr Schwerdtner sehr wütend. Er schimpfte laut, auch mit den anderen Bewohnern, und war kaum zu beruhigen.

Bei der Körperpflege braucht Herr Schwerdtner täglich Unterstützung beim Waschen des Rückens, ebenso beim An- und Auskleiden und beim Herrichten des Betts. Außerdem braucht er einmal in der Woche Hilfe beim Duschen und Haare waschen.

Er muss zu Terminen begleitet werden. Vor allem der Sitz der Prothese sollte überprüft und wenn möglich korrigiert werden.

## b) Tragen Sie die Informationen in die Pflegedokumente ein.

The image displays several nursing care forms:

- Essen und Trinken:** A form for documenting eating and drinking habits, including sections for 'Essen und Trinken', 'Nahrungsaufnahme', 'Essen', 'Trinken', and 'Probleme/Risiken'.
- Soziale Bereiche des Lebens sichern:** A form for documenting social aspects of life, including 'Pflege sozialer Kontakte', 'Physische Angelegenheiten', and 'Personen, zu denen kein Kontakt gewünscht wird'.
- Leistungserfänger:** A grid for recording performance times for various tasks over a period of days.
- Pflegebericht:** A form for writing a nursing report, including fields for 'Datum/Uhrzeit', 'Bericht', and 'WdZ'.
- Stammblatt:** A comprehensive patient information sheet covering 'Persönliche Daten', 'Kassendaten', 'Medizinische Besonderheiten', 'Betreuung', 'Behandelnde Fachkräfte', 'Körpermaße', 'Allergien', 'Blutgruppe', 'Kontaktlisten', 'Stammbaum/Lebenslauf', and 'Hilfsmittel'.
- Sturzprotokoll:** A form for documenting falls, including 'Sturzprotokoll', 'Kunde/Klient', 'Ort/Ortsteil', 'Datum', 'Uhrzeit', and 'Sturzbeschreibung'.

# Die Pflegeakte führen

1. Aufgabe: Lesen Sie die Pflegeanamnese von Frau Beyer.  
Kreuzen Sie an, ob die Aussagen richtig oder falsch sind.



**Pflegeanamnese**

Name: Margarethe Beyer  
Erhebung durch: Marjolke Hauwer am: 10.08.2014

Kommunizieren			
Kontaktaufnahme möglich: <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sprache: <input checked="" type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> Fremdsprache.....	sich mitteilen <input checked="" type="checkbox"/> mündlich <input checked="" type="checkbox"/> nonverbal <input checked="" type="checkbox"/> schriftlich	verstehen/erkennen <input checked="" type="checkbox"/> verbal <input checked="" type="checkbox"/> schriftlich <input checked="" type="checkbox"/> Bilder/Gegenstände
wahrnehmen: <input checked="" type="checkbox"/> sehen	Hilfsmittel: <u>Brille</u>		
wahrnehmen: <input checked="" type="checkbox"/> hören	Hilfsmittel: <u>/</u>		
Probleme/Risiken <u>Frau Beyer leidet unter einer schwachen Lautstärke hat Probleme beim Formulieren von Sätzen ist verlangsamt im Sprachgebrauch -&gt; Risiko des Rückzugs/ Vereinsamung</u>		Fähigkeiten/Ressourcen <u>Frau Beyer kann auf konkrete Nachfrage Wünsche und Abneigungen mitteilen ist kooperativ akzeptiert Regeln des Zusammenlebens</u>	

sich bewegen					
Gehen, eben	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input checked="" type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Gehen, Treppe	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input checked="" type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Gebrauch von Gehhilfen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input checked="" type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Umgang mit dem Rollstuhl	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Sitzen auf Stuhl	<input checked="" type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Sitzen im Bett	<input checked="" type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Lagerung im Bett	<input checked="" type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Transfer	<input type="checkbox"/> selbständig	<input checked="" type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Aufstehen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input checked="" type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Zubettgehen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input checked="" type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Verlassen der Wohnung	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input checked="" type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Beweglichkeit	<input type="checkbox"/> normal	<input checked="" type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> immobil	seit wann?	
Dekubitusrisiko siehe Braden-Skala	Bewegungseinschränkung (wenn ja, welche?) <input checked="" type="checkbox"/> ja <u>unsicherer Gang, nach vorn geneigte Körperhaltung</u> <input type="checkbox"/> nein			bestehende Kontrakturen (wenn ja, welche?) <u>Kontrakturen beider Kniegelenke Kontrakturen der Fingergelenke</u>	
Probleme/Risiken <u>Frau Beyer leidet unter reduzierter Körperkraft / körperlicher Schwäche eingeschränkte Beweglichkeit und dadurch verursachte Schmerzen Gefahr von Stürzen und Folgeerkrankungen durch Gangunsicherheit</u>			Fähigkeiten/Ressourcen <u>Frau Beyer akzeptiert Unterstützung durch Pflegekraft kann sich in ihrer häuslichen Umgebung selbständig mit Zehnhilfe (Rollator) fortbewegen kann sich beraten</u>		



sich kleiden					
Ankleiden	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input checked="" type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Auskleiden	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input checked="" type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Auswahl von Kleidung	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input checked="" type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Vorlieben/trägt gern: bunte Röcke					
Probleme/Risiken			Fähigkeiten/Ressourcen		
- Frau Beyer kann aufgrund der Bewegungseinschränkung der Beine und trägt nicht selbständig die Kleidung aus dem Schrank nehmen - kann Knöpfe und Verschlüsse nicht selbständig bedienen			- Frau Beyer legt Wert auf gepflegte Kleidung - kann Wünsche bezüglich der Kleidung äußern		

sich beschäftigen		
Tagesgestaltung		
<input type="checkbox"/> selbständig <input checked="" type="checkbox"/> mit Hilfe		
Interessen	Aktivitäten	
- singt gerne - spielt gerne Würfelspiele	- nimmt 1x wöchentlich am Spielernachmittag teil - geht 2x wöchentlich mit Tassenkaffee trinken	
Probleme/Risiken	Fähigkeiten/Ressourcen	
- Frau Beyer kann Tagesablauf und eigene Beschäftigung nicht mehr eigenständig planen und durchführen - kann sich nicht lange konzentrieren	- Frau Beyer ist motiviert an Aktivitäten teilzunehmen	

	richtig	falsch
1. Frau Beyer zieht sich meist selbstständig an.		X
2. Frau Beyer kann nur unsicher gehen, weil sie Probleme mit den Gelenken hat.	X	
3. Wenn man Frau Beyer etwas fragt, antwortet sie meist sehr ausführlich.		X
4. Frau Beyer kann sich überwiegend selbstständig fortbewegen.		X
5. Bei der Planung und Durchführung von Tagesaktivitäten benötigt Frau Beyer Hilfe.	X	
6. Frau Beyer benötigt ein Hörgerät.		X
7. Frau Beyer ist oft unzufrieden mit der Auswahl ihrer Kleidung.		X
8. Frau Beyer singt gern und spielt gern Schach.		X

**Binnendifferenzierungshinweis:**

Zergliedern Sie den Arbeitsauftrag zur Erleichterung: Vergeben Sie an jeden Teilnehmenden z. B. nur eine Aussage, auf die die Dokumentenausschnitte geprüft werden sollen.



**2. Aufgabe: Führen Sie die Pflegeakte von Herrn Schwerdtner.**

a) Lesen Sie die Informationen zur Person und zu den Pflegemaßnahmen. Entscheiden Sie: Welche Informationen werden in welchem Formular erfasst?

Markieren Sie z. B. folgendermaßen:

- Stammblatt,
- Pflegeanamnese,
- Durchführungsnachweis,
- Pflegebericht und
- Spezielle Formulare.

**Beachten Sie: Manche Informationen betreffen mehrere Formulare.**

Herr Gerhard Schwerdtner wurde am 09.12.1939 geboren. Er ist verwitwet und gehört der evangelischen Kirche an. Seine Tochter Simone Juarez, geb. Schwerdtner, kümmerte sich bis zu seinem Umzug ins Pflegeheim um ihn. Sie wohnt in der Brunnengasse 4, 12345 Berlin und ist unter 030/123 45 765 ab 17.00 Uhr zu erreichen. Herr Schwerdtner leidet an Diabetes Typ 2 und hat eine Vollprothese sowie ein Hörgerät. Seit seinem Schlaganfall benötigt er eine Gehhilfe.

Er ist bei der AOK Berlin krankenversichert und hat mit Wirkung zum 01.11.2013 Pflegestufe I bewilligt bekommen. Sein Hausarzt ist Dr. Nguyen in der Dresdener Str. 57, 12343 Berlin.

Herr Schwerdtner ist am 15.05.2014 ins Pflegeheim am Sonnenberg gezogen. Manchmal hat er Kaubeschwerden, weil die Prothese nicht richtig sitzt. Deswegen isst er nur weiche Kost. Dadurch hat er abgenommen und wiegt nur noch 68 kg bei 1,81 m Körpergröße. Er liebt Süßspeisen und trinkt gern Saft, was aber wegen seiner Zuckerkrankheit nicht empfehlenswert ist. Wenn er keine Säfte trinken darf, kommt es vor, dass er zu wenig trinkt. Es ist wichtig, darauf zu achten, dass er genügend Flüssigkeit zu sich nimmt.

In der Woche nach seinem Einzug ist Herr Schwerdtner gestürzt, weil er sich im Dunkeln nicht zurechtgefunden hat. Er war zum Röntgen in der Notaufnahme, aber glücklicherweise hat er außer einem großen blauen Fleck an der Hüfte keine Verletzungen. Jetzt trägt er nachts Hüftprotektoren und es brennen zwei Nachtlichter zur Orientierung.

(auch relevant für Pflegebericht)

Seine Tochter besucht ihn regelmäßig. Sie unternimmt mit ihm Ausflüge oder nimmt ihn mit zu sich nach Hause. Darauf wartet er immer sehnsüchtig. Als seine Tochter vor vier Wochen kurzfristig absagen musste, reagierte Herr Schwerdtner sehr wütend. Er schimpfte laut auch mit den anderen Bewohnern, und war kaum zu beruhigen.

Bei der Körperpflege braucht Herr Schwerdtner täglich Unterstützung beim Waschen des Rückens, beim An- und Auskleiden und beim Herrichten des Betts. Dazu braucht er einmal in der Woche Hilfe beim Duschen und Haare waschen. Er muss zu Terminen begleitet werden. Vor allem der Sitz der Prothese sollte überprüft und wenn möglich korrigiert werden.

### Durchführungshinweis:

Halten Sie alternativ verschiedenfarbige Stifte für die Kennzeichnung der Pflegedokumente bereit.

## b) Tragen Sie die Informationen in die Pflegedokumente ein.

### Durchführungshinweis:

Kopieren Sie die Pflegedokumente für alle Teilnehmenden.

Organisieren Sie die Bearbeitung als Gruppenpuzzle:

Es werden Stammgruppen gebildet. Innerhalb dieser Gruppen wird entschieden welcher Teilnehmende welches Thema bearbeitet. Anschließend bearbeitet jeder Teilnehmende sein Thema in Stillarbeit.

In einem nächsten Schritt setzen sich alle Mitglieder, die das gleiche Thema bearbeiten zu Expertengruppen zusammen. Gemeinsam bereiten Sie eine Präsentation für die Stammgruppen vor. Danach kehren alle wieder in ihre Stammgruppen zurück und präsentieren dort ihr Thema.

Das Ausfüllen des Stammblasses und/oder der Pflegeanamnese ließe sich auch als Rollenspiel („Aufnahmegespräch“) realisieren.









## Essen und Trinken

Ernährungszustand	<input type="checkbox"/> angemessen	<input type="checkbox"/> Adipositas	<input type="checkbox"/> Kachexie	<input type="checkbox"/> Exsikkose
Größe:	Gewicht:	Kau- und Schluckfunktion <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> beeinträchtigt (in welcher Weise)		
Kostform: <small>z. B. passierte Kost</small>	Mahlzeiten: <small>(Anzahl pro Tag)</small>	Diät:	Nahrungsunverträglichkeit/Allergie	
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/> Essen, oral	<input type="checkbox"/> Trinken, oral	<input type="checkbox"/> Ernährungssonde <small>wenn ja, welche</small>	
<b>Essen</b>	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme
<b>Trinken</b>	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme
mundgerechte Zubereitung der Nahrung	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme
Probleme/Risiken			Fähigkeiten/Ressourcen	

<b>Soziale Bereiche des Lebens sichern</b>					
Pflege sozialer Kontakte	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Finanzielle Angelegenheiten regeln	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Bekannte/Nerwandte/Einrichtungen, zu denen Kontakte gepflegt werden:					
Personen, zu denen kein Kontakt gewünscht wird:					
Zeiten, zu denen kein Kontakt gewünscht wird:					
Probleme/Risiken			Fähigkeiten/Ressourcen		

## Sturzprotokoll

Kunde/Klient: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Sturz erfolgte in Begleitung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – wer: _____	<b>Sturzbericht – kurze Erläuterung, wie es zum Sturz kam:</b>  <b>1. Aus Sicht des Klienten/Angehörigen</b> Mit der Initialfrage: Warum sind Sie gestürzt?  <b>2. Aus Sicht der Pflegekraft</b> Mit welcher Maßnahme hätte aus Ihrer Sicht der Sturz vermieden werden können?
Wer hat dem Gestürzten aufgeholfen?	<input type="checkbox"/> selbständig (ohne Hilfe) <input type="checkbox"/> Hilfe durch: _____	
Sturz erfolgte bei:	<input type="checkbox"/> Stehen oder Gehen - Transfer <input type="checkbox"/> Aufstehen oder Hinsetzen vom Stuhl oder Bett <input type="checkbox"/> andere Tätigkeit: _____	
Sturzort:	<input type="checkbox"/> Sturz im Haus – welcher Raum: _____ <input type="checkbox"/> Sturz außerhalb des Hauses – wo: _____	
Schuhe beim Sturz:	<input type="checkbox"/> offene Hausschuhe <input type="checkbox"/> geschlossene Hausschuhe <input type="checkbox"/> keine Schuhe <input type="checkbox"/> Straßenschuhe oder Turnschuhe <input type="checkbox"/> inadäquate Schuhe	
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> benutzt bisher keine Hilfsmittel <input type="checkbox"/> gestürzt ohne eigene Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator	
Sofort erkannte Sturzfolgen:	<input type="checkbox"/> keine Verletzung <input type="checkbox"/> Schmerzen – wo: _____ <input type="checkbox"/> Prellmarke – wo: _____ <input type="checkbox"/> Platzwunde – wo: _____ <input type="checkbox"/> mögliche Fraktur – was: _____	
Eingeleitete Maßnahmen:	<input type="checkbox"/> kein Arztkontakt notwendig <input type="checkbox"/> wünscht selbst keinen Arztkontakt <input type="checkbox"/> Krankenhausweisung veranlasst <input type="checkbox"/> Arztkontakt – wer: _____	
<input type="checkbox"/> Interventionen eingeleitet <input type="checkbox"/> PDL informiert	<input type="checkbox"/> Alltagsberatung durchgeführt <input type="checkbox"/> Patientenedukation <input type="checkbox"/> § 45 SBGX I <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> nicht erwünscht	

Datum: \_\_\_\_\_ Hdz: \_\_\_\_\_





# Finanzielle Grundbildung spielerisch vermitteln



Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (DIE) (Hg.)  
Monika Tröster, Beate Bowien-Jansen

## MONETTO

Das Spiel rund ums Geld

Das Brettspiel zur Finanziellen Grundbildung vermittelt spielerisch alltägliche Kompetenzen im Umgang mit Geld. Flexibel kombinierbares Spielmaterial ermöglicht einen vielseitigen Einsatz in der Erwachsenenbildung und der Sozialen Arbeit.

[wbv.de/monetto](http://wbv.de/monetto)

2021, 29,90 € (D)  
ISBN 978-3-7639-6761-3

# Alphabetisierung und Grundbildung

➔ [wbv.de/alphabetisierung](http://wbv.de/alphabetisierung)

 **AlphaDekade**  
2016 – 2026

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium  
für Bildung  
und Forschung

Diese Publikationen sind aus Projekten der AlphaDekade entstanden und beruhen auf der Grundlage von Studien und Ergebnissen aus bisherigen Förderaktivitäten.

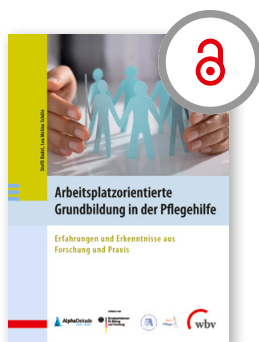


Julia Koller,  
Dennis Klinkhammer,  
Michael Schemmann (Hg.)

## **Arbeitsorientierte Grundbildung und Alphabetisierung Institutionalisierung, Professionalisierung und Effekte der Teilnahme**

Die arbeitsplatzorientierte Grundbildung etabliert sich als Forschungsfeld. Grundfragen zu Institutionalisierung, Professionalisierung und Kompetenzentwicklung der Teilnehmenden werden diskutiert.

2020, 192 S., 34,90 € (D)  
ISBN 978-3-7639-6062-0  
E-Book im Open Access



Steffi Badel,  
Lea Melina Schüle (Hg.)

## **Arbeitsplatzorientierte Grundbildung in der Pflegehilfe**

### **Erfahrungen und Erkenntnisse aus Forschung und Praxis**

Wie kann die Vermittlung von Grundbildung dazu beitragen, den Fachkräftemangel in der Pflege zu reduzieren? In dem Sammelband werden interdisziplinäre Ergebnisse aus bundesweiten Projekten vorgestellt.

2019, 192 S., 34,90 € (D)  
ISBN 978-3-7639-6014-9  
E-Book im Open Access



VHS Göttingen Osterode gGmbH (Hg.)

## **Basisbildung Altenpflegehilfe – neue Wege in die Pflege**

Das Unterrichtsmaterial Basisbildung Altenpflegehilfe – neue Wege in die Pflege ist für Lehrende und Bildungsanbieter:innen gedacht, die Menschen mit Nachholbedarfen im Lesen und Schreiben im Bereich der Pflegehilfe qualifizieren wollen. Es ist auch für andere Basisqualifizierungen in der Altenpflegehilfe geeignet.

### **Handbuch für Lehrende**

2018, 198 S., 49,90 € (D)  
ISBN 978-3-7639-5944-0  
Als E-Book bei wbv.de

### **Kursbuch für Teilnehmende**

2018, 264 S., 32,90 € (D)  
ISBN 978-3-7639-5943-3

# AlphaDekade 2016 – 2026

➔ [wbv.de/alphabetisierung](http://wbv.de/alphabetisierung)

 **AlphaDekade**  
2016 – 2026

Diese Publikationen sind aus Projekten der AlphaDekade entstanden und beruhen auf der Grundlage von Studien und Ergebnissen aus bisherigen Förderaktivitäten. Die Autorinnen und Autoren entwickelten und erprobten Handlungskonzepte, um Erwachsene mit Schwierigkeiten im Lesen und Schreiben zu unterstützen.

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium  
für Bildung  
und Forschung



Anke Grotlüschen, Klaus Buddeberg  
(Hg.)

## LEO 2018

### Leben mit geringer Literalität

Wie viele Menschen in Deutschland haben Schwierigkeiten mit dem Lesen und Schreiben? LEO 2018 liefert genaue Daten. Die zweite Level-One-Studie untersucht die Lese- und Schreibkompetenzen der deutschsprachigen Bevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren.

2020, 400 S., 49,90 € (D)

ISBN 978-3-7639-6071-2

Als E-Book bei [wbv.de](http://wbv.de)



Lernende Region – Netzwerk Köln e.V.

## Grundbildung in der Arbeitswelt gestalten

### Praxisbeispiele, Gelingens- bedingungen und Perspektiven

Der Sammelband ist eine Bilanz verschiedener Projekte zur Arbeitsorientierten Grundbildung (AoG). Die Themen reichen von konkreten Praxisbeispielen, Forschungsergebnissen bis hin zu Überlegungen, wie sich AoG dauerhaft verstetigen lässt.

2021, 268 S., 49,90 € (D)

ISBN 978-3-7639-6131-3

E-Book im Open Access



Anke Frey, Barbara Menke (Hg.)

## Basiskompetenz am Arbeitsplatz stärken

### Erfahrungen mit arbeits- orientierter Grundbildung

Wie können Angebote zur arbeitsorientierten Grundbildung in Betrieben umgesetzt werden? In den Beiträgen des Sammelbandes werden Erfahrungen und Erkenntnisse aus unterschiedlichen Perspektiven gebündelt und wissenschaftlich eingeordnet.

2021, ca. 300 S., 49,90 € (D)

ISBN 978-3-7639-6096-5

E-Book im Open Access

wbv Media GmbH & Co. KG · Bielefeld

Geschäftsbereich wbv Publikation

Telefon 0521 91101-0 · E-Mail [service@wbv.de](mailto:service@wbv.de) · Website [wbv.de](http://wbv.de)

