

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 Mützlitz, 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
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

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

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.



GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

INA-Pflege 2
Integriertes Angebot zur
Alphabetisierung und
Grundbildung im
Pflegebereich



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/. 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
Modul Pflegedokumentation		
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 Faehlcle/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 vierter von oben, R-115 vierter 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)

	<p>Modul: Pflegedokumentation</p> <p>Baustein: Funktionen und Bestandteile der Pflegedokumentation (1)</p> <p>Lerneinheiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Warum Pflege dokumentieren? • Die Basisdokumente der Pflegeakte • Spezielle Pflegedokumente
Lernziele	<p>Fachkompetenz: Die Lernenden</p> <ul style="list-style-type: none"> • wissen, warum Pflege dokumentiert wird, und können Basisdokumente und spezielle Dokumente der Pflegeakte benennen und ihre Aufgaben beschreiben. • kennen den Zusammenhang zwischen dem Pflegeprozess und der Pflegedokumentation und ihrer Bestandteile. • wissen, welche Informationen zum Pflegebedürftigen in welches Pflegedokument gehören, und sind in der Lage, Eintragungen in ausgewählte Dokumente korrekt vorzunehmen. <p>Sozialkompetenz: Die Lernenden</p> <ul style="list-style-type: none"> • sind sich bewusst, welche Bedeutung eine adäquate Pflegedokumentation für die Zusammenarbeit im Pflegeteam hat.
Inhaltliche Schwerpunkte	<ul style="list-style-type: none"> • Funktionen der Pflegedokumentation • Basisdokumente der Pflegeakte und ihre Funktion und Verwendung • Zusammenhang von Pflegeprozess und Pflegedokumentation • Funktionen, Inhalte und Verwendung spezieller Pflegedokumente
Didaktisch-methodische Hinweise	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeit mit „Original“-Pflegedokumenten (gesonderte Kopien) • verschiedene Lese- und Schreibanlässe zur Pflegedokumentation • Arbeit mit zahlreichen Fachbegriffen, insbesondere Bezeichnungen der Pflegedokumente (Assoziationsübungen, Wörterbucharbeit, Aktivierung des Vorwissens) • Sprachlupe zu Modalverben <p>• einseitige Kopien sowie Scheren und Kleber für Puzzleaufgabe (LE 3)</p> <p>Zeithorizont: ca. 1 1/4 Zeitstunden (+ 1/2 Stunde für die Sprachlupe)</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 Framewort.

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

Diagram illustrating the components of the documentation entry:

- An arrow points from the question mark above the table to the "Pflegebericht von Herrn Krause" text.
- An arrow points from the question mark below the "Dienst/Uhrzeit" column to the "FD 9.30" entry.
- An arrow points from the question mark below the "Name" column to the "Pflegehelferin Anna" entry.
- Three question marks are placed below the table row: one under the first column, one under the second column, and one under the third column.

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 waagerecht).



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	Pflegedokumentation	
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.

Warum Pflege dokumentieren?

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



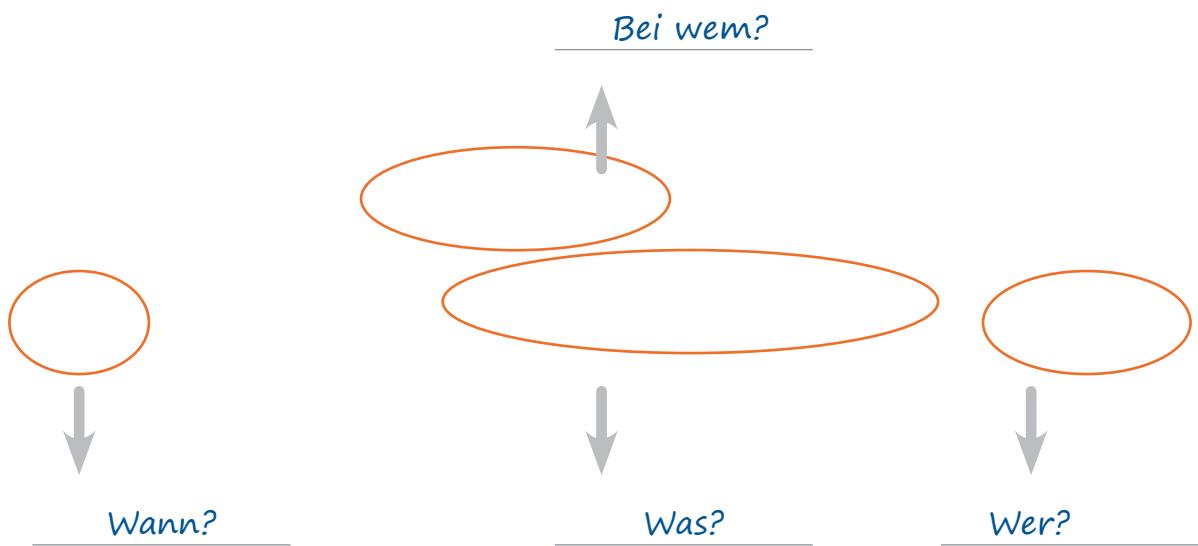
Durchführungshinweis:

Sammeln Sie die Ideen der Gruppe an der Tafel oder auf einem Flipchart. Greifen Sie die Ideen zum Ende der Lerneinheit noch einmal auf.

- 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 Framewort.



Auswertungshinweis:

Der Name wird meist als Handzeichen geführt. Die Berufsbezeichnung entfällt in der Pflegedokumentation (siehe z. B. Pflegedokumentation Baustein 2, Lerneinheit 2). Klären Sie ggf. mit den Lernenden die Bedeutungen der Abkürzungen FD (Frühdienst) und SD (Spätdienst).

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 Kopf- schmerzen 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 waagerecht).



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 einesPflegefehlers kann es zu einem Gerichtsverfahrenkommen. Dann muss die Einrichtung nachweisen, dassrichtig und vollständig dokumentiert wurde. Wurdenicht richtig dokumentiert, kann die Einrichtung haftungsrechtlich

belangt werden. Anhand der Pflegedokumentation wird auch festgelegt, wie viel

Personal für die Pflegebedürftigeneingestellt 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 Rederechts 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 komplett 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 unrasiert 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.



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

- das Stammbuch,
- die Pflegeanamnese,
- die Pflegeplanung,
- den Durchführungsbericht und
- den Pflegebericht.

Datum/Uhrzeit	Bericht		Hdz
12.10.14 FD 10.00	Frau Beyer läuft über Schwierig im Kult - Blutproben 600 vorbereitet.		ma
6.10.14 SD 15.00	Frau Beyer gibt an, dass Schmerzen verschwunden haben.		UC
13.10.14 SD 15.00	Anlauf von Tochter: Sie kann Frau Beyer wegen nicht wie geplant besuchen.		UC
13.10.14 SD 15.00	Dies hilft für die Tagesplanung berücksichtigen!		TP
15.10.14 SD 16.00	Frau Beyer hat heute einen neuen Rechner erhalten, wurde konzentriert oder Handlungsbereit und konzentriert und damit klar		ma
16.10.14 FD 9.00	Frau Beyer äußerte den Wunsch, dass morgens das Bett nicht herabgesenkt werden soll, um die Vorhänge zuziehen zu können, da sie sich sonst aufzusetzen.		TP
18.10.14 SD 19.00	Beim ersten Haarschnitt am rechten Ohrhaken sichtbar, mit Hörseife eingerichtet, so die Hörbauschen		TP
18.10.14 SD 17.00	Rötung am rechten Ohrhaken stark abgeflaut		UC
20.10.14 SD 16.00	Keine Beurteilung mehr sichtbar, keine weiteren Maßnahmen		UC

Name: Margarethe Beyer
Jahr: 2014 Seite: 20

Pflegebericht

Leistungsempfänger/in: Margarethe Beyer		Datum	Monat: Oktober	Jahr: 2014
Leistungen SGB XI				
Arbeitsleiden	PD	PD	PD	PD
Einkommen	PD	PD	PD	PD
Beruf	PD	PD	PD	PD
Haare waschen	SD		PD	
Hautpflege	SD		SD	
Werkzeug/Hand	PD	PD	PD	PD
Wohnung/möbeln	PD	PD	PD	PD
Arbeitsmittel	PD	PD	PD	PD
Verbrauchsartikel	PD	PD	PD	PD
Kontaktleute/Rückgrat	PD	PD	PD	PD
Singen	PD	PD	PD	PD
Aufstehen	PD	PD	PD	PD
Meldbarkeit/stellen	PD	PD	PD	PD
Bezugsperson/verantwortung	PD	PD	PD	PD

Datum: 01.11.14 Unterschrift Leistungsempfänger/in: Beyer

Seite: 10

Durchführungsbericht

Datum	AEDL	Beschreibung	Pflegeziele	Pflegermaßen	Hdz	Pflegeergebnis	Datum	Hdz
10.08.14	Kommunikation	- Frau Beyer kann auf Rauhweckdeklaration Wörter und Konjugationen mitarbeiten - erholt sich gut - akzeptiert Regeln des Zusammenwirkens	- Frau Beyer kann - Wörter und Konjugationen mitarbeiten - Zeit zum Anhören soziater Lücken füllen - - möglichst gern Besen im Angenähe	- Frau Beyer kann Zettel spalten erinnern - - Zeit zum Anhören soziater Lücken füllen - - möglichst gern Besen im Angenähe	ch			
	Probleme/Risiken	- Frau Beyer sieht - nichts mehr Seh - schwäche - hat Probleme beim Formulieren von Sätzen - ist verzögert und im Sprachgebrauch	- Frau Beyer sieht - nichts mehr Seh - schwäche - hat Probleme beim Formulieren von Sätzen - ist verzögert und im Sprachgebrauch	- Frau Beyer kann auf Rauhweckdeklaration Wörter und Konjugationen mitarbeiten - akzeptiert Regeln des Zusammenwirkens				

Name: Margarethe Beyer
Jahr: 2014 Seite: 1

Pflegeplanung

Stammbuch		
Personelle Daten	Kassendaten	Medizinische Besonderheiten
Name: Beyer Vorname: Margarethe Geburtsdatum: 13.03.1934 Familienstand: verheiratet Staatsangehörigkeit: deutsche Religion: röm. kath.	Krankenkasse/Pflegekasse: AOK Versicherungs-Nr.: 54861100587 Pflegefude: 1 2 3 4	Allergie (nähere Bezeichnung) 102364403-0246916 Anfallsleiden (nähere Bezeichnung)
Betreuung	Pflegefude: 1 2 3 4	Insulinpflichtig
Rechtliche Angehörige	Hausarzt Name: Dr. Riedel-Küller Straße: Am Heiligenberg 5 Wohort: 13375 Berlin Telefon: 030 5783 368 Fax: 030 5783 939	Hausarzt Name: Dr. Riedel-Küller Straße: Am Heiligenberg 5 Wohort: 13375 Berlin Telefon: 030 5783 368 Fax: 030 5783 939
Arthrose	Diabetes mellitus Typ 2	Behandelnde Fachärzte
beginnende Demenz?	Arthrose	Name: Fachrichtung Telefon
inkonkenenz	beginnende Demenz?	Dr. Meyer Orthopädie 030 57881 Dr. Saalbach Hausarzt 030 444478 Dr. Schmidauer Augenarzt 030 15222
Patientenverfügung	inkonkenenz	Körpermaße
Bestimmung im Todesfall	Bestimmung im Todesfall	Große: 168 cm Gewicht: 55 kg BMI: 20,7
Name: Dr. Klemm Straße: Am Heiligenberg 5 Wohort: 13375 Berlin Telefon: 030 5783 68	Name: Dr. Klemm Straße: Am Heiligenberg 5 Wohort: 13375 Berlin Telefon: 030 5783 68	Hilfsmittel
Tierhaltung im Heim	Datum: 12.08.14- Krankenhaus: St. Josephs-Krankenhaus	Brille Hörgeräte Hörschrittmacher Amphitheke Blinnprothese
ggf. welche/s Haustier/e:	Datum: 12.08.14- Krankenhaus: St. Josephs-Krankenhaus	Sonstige:

Aufnahme am: 10.08.2012 Hz. TP

pflageanamnese

Kommunizieren	
Kontaktaufnahme möglich: <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sprache: <input checked="" type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> fremdsprache Sich mitteln: <input checked="" type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> nonverbal verstecken/erkennen: <input type="checkbox"/> verbal <input checked="" type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> Bilder/Gegenstände
wahrnehmen: <input checked="" type="checkbox"/> selbst <input type="checkbox"/> wahrnehmen: <input checked="" type="checkbox"/> mit hören	Hilfsmittel: Brille Hilfsmittel: /
Probleme/Risiken	Fähigkeiten/Ressourcen Frau Beyer lerdet unter einer Sehchwäche bei Problemen beim Formulieren von Sätzen im Sprachgebrauch -> Risiko des Rückzugs/Verlassensamung



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



Die Basisdokumente der Pflegeakte sind ...

- das **Stammbuch** 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 **Durchführungsbericht**, in dem die erbrachten Pflegehandlungen abgezeichnet (gekürzt) 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 durchgeföhrten 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 Stammbuch
- 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 Durchführungs-nachweis 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.



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

- das Stammbuch,
- 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: Margarethe BeyerMonat: OktoberJahr: 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.
		SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD									
Ankleiden	Pos	Pos	Pos	SD	SD	Pos	ha	KL	KL	KL	KL	Pos	ha	SD	Pos	SD	SD	ha	ha	SD	SD	SD	Pos	Pos	Pos	KL	KL	ha	ha	ha		
Entkleiden	Pos	Pos	Pos	SD	SD	Pos	ha	KL	ha	KL	KL	Pos	ha	SD	Pos	Pos	SD	SD	ha	ha	SD	SD	SD	Pos	Pos	Pos	KL	KL	ha	ha	ha	
Duschen	Pos											Li																				
Baden				SD																												
Haare waschen	Pos			SD								Li																				
Hauptpflege	Pos	Pos	Pos	SD	SD	Pos	ha	KL	KL	KL	KL	Pos	ha	SD	Pos	Pos	SD	SD	ha	ha	SD	SD	Pos	Pos	Pos	KL	KL	ha	ha	ha		
Wechseln 1 KM	ha	ha	ha	Pos	SD	ha	ha	ha	ha	ha	SD	SD	Pos	KL	KL	ha	ha	ha														
Nahrung mundg.zub.	Pos	Pos	Pos	SD	SD	Pos	ha	KL	KL	KL	KL	Pos	ha	SD	Pos	Pos	SD	SD	ha	ha	SD	SD	SD	Pos	Pos	Pos	KL	KL	ha	ha	ha	
Schränke anbieten	Tho	Tho	Pos	SD	ha	Tho	KL	Pos	KL	KL	ha	ha	ha																			
Kontrolle Plüssigkeit	Tho	Tho	Pos	SD	ha	Tho	KL	Pos	KL	KL	ha	ha	ha																			
Singen	Pos											ha			KL				SD	SD	Pos	Pos	Pos	Pos	Pos	Pos	KL	KL	ha	ha	ha	
Andachts																			SD	SD	Pos	Pos	Pos	Pos	Pos	Pos	KL	KL	ha	ha	ha	
Meditamente stellen	Pos	Pos	Pos	SD	SD	Pos	ha	KL	KL	KL	KL	Pos	ha	SD	Pos	Pos	SD	SD	ha	ha	SD	SD	Pos	Pos	Pos	KL	KL	ha	ha	ha		
Bewegungsprävention												Pos							SD	SD	Pos	Pos	Pos	Pos	Pos	Pos	KL	KL	ha	ha	ha	

Datum: 01.11.14Unterschrift Leistungsempfänger/in: Beyer

Durchführungsnachweis

Seite: 10

P f l e g e a n a m n e s e

Name: Margarethe BeyerErhebung durch: Martina Hauseram: 10.08.2014

Kommunizieren		
Kontaktaufnahme möglich:	<input checked="" type="checkbox"/> Sprache: <input checked="" type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> Fremdsprache..... <input checked="" type="checkbox"/> nonverbal <input checked="" type="checkbox"/> schriftlich	
<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	verstehen/erkennen	
wahrnehmen:	<input checked="" type="checkbox"/> sich mitteilen <input checked="" type="checkbox"/> mündlich <input checked="" type="checkbox"/> nonverbal <input checked="" type="checkbox"/> schriftlich	
<input checked="" type="checkbox"/> sehen	verbal	
wahrnehmen:	<input checked="" type="checkbox"/> Bilder/Gegenstände	
<input checked="" type="checkbox"/> hören	schriftlich	
Probleme/Risiken	<p>Frau Beyer teiltet unter unterschiedliche das Problem beim Formulieren von Sätzen ist Verlangsamung im Sprachangebot -> Risiko des Rückzugs / Verunsicherung Lebens</p>	
Fähigkeiten/Ressourcen	<p>Frau Beyer kann auf konkrete Nachfrage Wünsche und Anregungen mitteilen ist kooperativ akzeptiert Regeln des Zusammenlebens</p>	

Datum/ Uhrzeit	Bericht	Hdz
12.10.14 TO 10.00	Frau Beyer liegt über Schmerzen im Knie - Empfohlen 600 Ursalricht Ma	UC
12.10.14 SD 15.00	Frau Beyer gibt an, dass Schmerzen nachgelassen haben.	UC
13.10.14 SD 15.00	Ausar von Tochter: Sie kann Frau Beyer morgen nicht wie geplant besuchen. Dies sollte in der Tagesplanung berücksichtigen!	UC
15.10.14 SD 16.00	Frau Beyer hat heute einen neuen Rollator erhalten, wurde bei gleicher Handhabung beraten und kommt schon gut damit klar	TO
16.10.14 FD 9.00	Frau Beyer äußerte den Wunsch, dass morgens die Tabusien nicht bestreut gelassen werden; Sonst nur die Vormittags angeboten wurden, da sie sich sonst nicht wohl fühlt.	Ma
18.10.14 SD 19.00	Beim Baden Haarröhung am rechten Ellenbogen sichtbar, mit Heilsalbe eingießen, keine Verbesserung	TO
19.10.14 SD 17.00	Rötung am rechten Ellenbogen sichtbar	UC
20.10.14 SD 16.00	Keine Hautrötung mehr sichtbar, keine weiteren Maßnahmen	UC

Name: Margarethe BeyerJahr: 2014Seite: 90

Pflegebericht

Datum	AEDL	Beschreibung	Pflegeziele	Pflegemaßnahmen	Hdz	Pflegeergebnis	Datum	Hdz
10.08.14	Kommunizieren	<p>Fähigkeiten/Ressourcen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frau Beyer kann auf konkrete Nachfrage Wünsche und Anregungen mitteilen - Frau Beyer kann mitkooperativ - akzeptiert Regeln des Zusammenlebens - Frau Beyer leidet unter einer Schwindelanfälle - Frau Beyer bleibt Formulieren von Sätzen - ist verständig und im Sprachgebrauch 	<p>Wünsche und Bedürfnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frau Beyer kann einen Fokus erneut legen - Frau Beyer kann mitkooperativ - Zeit / Raum hinzuweisen - Frau Beyer kann sozialen Kontakt pflegen - regelmäßiger Besuch bei einem Angehörigen - Frau Beyer kann auf Anregungen eingehen - Frau Beyer kann auf Anregungen eingehen 	<ul style="list-style-type: none"> - Frau Beyer kann zum Sprechen kommen - akzeptiert zuhören - Zeit / Raum hinzuweisen - Frau Beyer kann sozialen Kontakt pflegen - regelmäßiger Besuch bei einem Angehörigen - Frau Beyer kann auf Anregungen eingehen - Frau Beyer kann auf Anregungen eingehen 	ch			

Name: Margarethe Beyer

Pflegeplanung

Jahr: 2014

Seite: 1



Stammblatt

Personliche Daten		Kassendaten		Medizinische Besonderheiten	
Name: <u>Beyer</u> Vorname: <u>Margarethe</u> Geburtsdatum: <u>13.09.1931</u>		Krankenkasse/Pflegekasse: <u>AOK</u> Versicherungs-Nr.: <u>51861100587</u>		<input checked="" type="checkbox"/> Allergie (nähere Bezeichnung) <u>Katzenhaarallergie</u> <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (nähere Bezeichnung)	
Familienstand: <u>verheiratet</u>		Pflegestufe <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> Härtefall <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Behilfe berechtigt <input type="checkbox"/> Rezeptgebührnbefreiung <input type="checkbox"/> Zuzahlungsbefreiung	
Staatsangehörigkeit: <u>deutsch</u> Religion: <u>Röm.-kath.</u>				<input checked="" type="checkbox"/> Insulinpflichtig <input checked="" type="checkbox"/> Hausarzt Name: <u>Dr. Richard Sigmund</u> Straße: <u>Hauptstraße 5</u> Ort: <u>13123 Berlin</u> Telefon: <u>030/7890</u> Fax: <u>030/7891</u>	
Betreuung		Pflegerelevante/ medizinische Diagnosen			
Bezugsperson(en)/ Angelörige Name: <u>Dorethea Seibert</u> Straße: <u>Anna-Mühlweg 25</u> Wohnort: <u>13975 Berlin</u> Telefon: <u>030/5789368</u>		Diabetes mellitus Typ 2 Arthrose Leg innenende Demenz Unkontinenz			
Benachrichtigung im Todesfall		Behandelnde Fachärzte			
Name: <u>Dorethea Seibert</u> Straße: <u>Anna-Mühlweg 25</u> Wohnort: <u>13975 Berlin</u> Telefon: <u>030/5789368</u>		Name <u>Dr. Meyer</u> <u>Dr. Saalbach</u> <u>Dr. Schneider</u>	Fachrichtung <u>Orthopäde</u> <u>Hautarzt</u> <u>Augenarzt</u>	Telefon <u>030/57861</u> <u>030/777718</u> <u>030/152222</u>	
Körpermaße					
Größe: <u>160 cm</u> Gewicht: <u>53 kg</u>		BMI: <u>20,7</u>			
Hilfsmittel					
<input checked="" type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Sonstige: <u>ggf. welche/s Haustier/e:</u> <u>/</u>		<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen <input checked="" type="checkbox"/> Zahntechnik <input type="checkbox"/> Arthrothese <input type="checkbox"/> Beinprothese			
Aufnahme am: <u>10.08.2012</u> Hz. <u>TP</u>					

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

Die Basisdokumente der Pflegeakte sind ...

- das **Stammbuch** 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 **Durchführungs-nachweis**, in dem die erbrachten Pflegehandlungen abgezeichnet (gekürzt) werden, und
- der **Pflegebericht**, in dem Veränderungen und Besonderheiten zum Pflegebedürftigen und seinen Behandlungen notiert werden.

Basisdokument der Pflegeakte	Funktion
der Durchführungs-nachweis	Auf diesem Blatt zeichnet die Pflegekraft die von ihr durchgeföhrten Pflegehandlungen ab.
der Pflegebericht	Hier dokumentiert die Pflegekraft Besonderheiten der jeweiligen Schicht (z. B. wenn ein Pflegebedürftiger gestürzt ist, über Beschwerden geklagt hat oder eine Verbesserung eingetreten ist).
das Stammbuch	Hier trägt die Pflegekraft die persönlichen Informationen ein, z. B. Name, Geburtsdatum, Angehörige und deren Adresse, Krankenkasse, notwendige Hilfsmittel (Brille, Hörgerät usw.), Hausarzt.
die Pflegeplanung	Hier plant das Pflegeteam anhand der Pflegeanamnese die konkreten Pflegehandlungen und deren Ziele.
die Pflegeanamnese	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 Stammbrett

3 die Pflegeplanung

4 der Durchführungsnachweis

2 die Pflegeanamnese

- b) Warum ist es sinnvoll, die Dokumente so anzurichten?



Welche Reihenfolge halten Sie noch für denkbar?

Begründen Sie.

Durchführungshinweis:

Die Reihenfolge der Pflegedokumente in der Mappe bildet chronologisch den Pflegeprozess ab. Bezuglich der Reihenfolge ließe sich z. B. auch argumentieren, das Stammbrett 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 Stammbuch.

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.

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

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

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

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 Ausfuhrprotokoll vs. Trinkprotokoll vs. Bilanzierungsblatt.

Binnendifferenzierungshinweis:

Mögliche Zusatzaufgabe für Lernstärkere: Überlegen Sie, zu welcher Prophylaxe welches Dokumentationsblatt gehört? Lösung: Ein- und Ausfuhrprotokoll 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 Ausfuhrprotokoll

- 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 Ausfuhrprotokoll



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
Gesamt				

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**

Sturzdatum: 16.10.14	Sturzuhzeit: 07.35
Sturzort: <input type="checkbox"/> Patientenzimmer <input type="checkbox"/> WC <input checked="" type="checkbox"/> Korridor <input type="checkbox"/> anderer Ort:	
Sturzhergang (genaue Beschreibung):	
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.	
Sturzart: <input checked="" type="checkbox"/> beim Gehen <input type="checkbox"/> beim Aufstehen/Hinsetzen <input type="checkbox"/> aus dem Sitzen/Liegen	
Sturzfolgen: <input checked="" type="checkbox"/> keine Verletzung <input type="checkbox"/> leichtere Verletzung <input type="checkbox"/> schwerere Verletzung	
Art der Verletzung(en)/Frakturen:	
Maßnahmen zu den Sturzfolgen:	

Name: Frau Frentin

Datum/Uhrzeit: 16.10.14/08.15 Hdz: TK

Sturzprotokoll

	<p>Modul: Pflegedokumentation</p> <p>Baustein: Grundlagen des Dokumentierens (2)</p> <p>Lerneinheiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechtliche Grundsätze des Dokumentierens • Formale und inhaltliche Grundsätze des Dokumentierens • Den Pflegebericht formulieren • Die Pflegeakte führen
Lernziele	<p>Fachkompetenz: Die Lernenden</p> <ul style="list-style-type: none"> • sind sich bewusst, dass die Pflegeakte eine rechtsverbindliche Akte ist, und wissen, was bezüglich der Pflegeakte erlaubt ist und was nicht. • kennen die Anforderungen an das Dokumentieren in der Pflege und sind sich ihrer Bedeutung für den Pflegealltag bewusst. • erkennen und korrigieren formale und inhaltliche Fehler in Pflegedokumenten. • wissen, welche Informationen in welches Pflegedokument gehören, und können ausgewählte Informationen an der richtigen Stelle wert- und interpretationsfrei eintragen.
Inhaltliche Schwerpunkte	<ul style="list-style-type: none"> • rechtliche Grundsätze des Dokumentierens • formale und inhaltliche Grundsätze des Dokumentierens • Formulieren von Pflegeberichten • Führen einer Pflegeakte
Didaktisch-methodische Hinweise	<ul style="list-style-type: none"> • zahlreiche Lese- und Schreibanlässe auf Basis von „Original“- Pflegedokumenten • Bewertung verschiedener Pflegesituationen anhand von Grundsätzen der Pflegedokumentation • Wortschatzarbeit zu adjektivischen Merkmalen der Pflegedokumentation
	Zeithorizont: ca.: 3 ½ Zeitstunden
Weiterführende Hinweise	<p>Informationen zu den Grundsätzen der Pflegedokumentation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • http://www.pflegewiki.de/wiki/Pflegedokumentation <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 entfernbare 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 Stammbuch und im Pflegebericht.

Stammbuch

Persönliche Daten		
<input checked="" type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Angehörige: Ruth Schweitzer - Mewes
Name: Schweitzer		Adresse: Erlanger Str. 6, 10382 Berlin
Vorname: Elisabeth		Tel.nr: 030-45 72 39 15 oder 0175-41 84 67 25
Geb.-datum: 03. 01. 1930		
Geb.-ort: Breslau		Besonderheiten: Frau Schweitzer bringt eine Katze mit ins Heim. Sie ist nach den Vorschriften geimpft und entwurmt. Die Katze wird von Frau Schweitzer versorgt und hört auf den Namen Moorle
Konfession: röm.-kath.		
Staatsangehörigkeit: deutsch		
Bisherige Adresse: Niedermüllerstraße 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.	EI
14.04.14 SD 19.00	BW hat am Nachmittag Besuch von der Tochter gehabt und sich darüber gefreut	Ma
15.04.14 ND 06.00	BV 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 gelassen	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.

Handzeichenliste		
Name der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters	Tätigkeit im Pflegedienst/berufliche Qualifikation	Handzeichen
Martina Kummer	Pflegefachkraft	MK
Monika Keller	Pflegefachkraft	MO
Jocelyn Wilms	Pflegefachkraft	JOC
Therese Mut	Pflegefachkraft	Mut
Larissa Schuster	Befeuungskraft	SCH

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

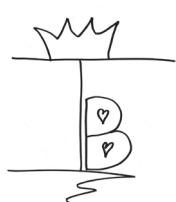


c) Überprüfen Sie das Ergebnis gemeinsam.
Sind alle Kürzel eindeutig und gut erkennbar?
Wenn nicht, finden Sie Lösungen.

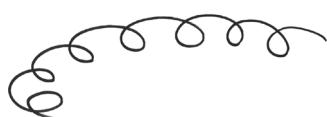
3. Aufgabe: Beurteilen Sie die folgenden Handzeichen.



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 Stammbuch und im Pflegebericht.

Stammbuch

Persönliche Daten		
<input checked="" type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Angehörige: Ruth Schweitzer - mewie
Name: Schweitzer		Adresse: Erasmusstr. 6, 10382 Berlin
Vorname: Elisabeth		Tel.nr: 030-45 72 39 15 oder 0175-41 84 67 25
Geb.-datum: 03.01.1930		
Geb.ort: Breslau		Besonderheiten: Frau Schweitzer bringt eine Katze mit ins Heim. Sie ist nach den Vorschriften geimpft und entwurmt. Die Katze wird von Frau Schweitzer versorgt und hört auf den Namen Moorle
Konfession: röm.-kath.		
Staatsangehörigkeit: deutsch		
Bisherige Adresse: Niedermeyerstraße 10, 10247 Berlin		

Auswertungshinweis:

- Das Geburtsdatum wurde korrigiert. Der ursprüngliche Text darunter ist nicht mehr zu erkennen.
- Die Konfession wurde korrigiert. Der ursprüngliche Text wurde mit Tipp-Ex übermalt und ist nicht mehr zu erkennen.
- Die Hausnummer der bisherigen Adresse wurde mit Bleistift geschrieben. Sie ist nicht dokumentenecht.
- Der Name der Angehörigen wurde mit Bleistift geschrieben und ist nicht dokumentenecht (ggf. auf Stiftart hinweisen, so durch Kopie nicht eindeutig erkennbar).
- Die Adresse der Angehörigen ist nur schwer leserlich.
- 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	E1
14.04.14 SD 19.00	BW hat am Nachmittag Besuch von der Tochter gehabt und sich 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 gelichtet	Ma
15.04.14 FD 13.00	BW möchte am Nachmittag mit Hilfe in den Saalengelien	Mo

Name: Franz SchubertJahr: 2014Seite: 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.

Handzeichenliste

Name der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters	Tätigkeit im Pflegedienst/berufliche Qualifikation	Handzeichen
Martina Kummer	Pflegefachkraft	MK
Monika Kellner	Pflegefachkraft	MO
Jocelyn Wilms	Pflegeassistent	JOC
Therese Mut	Pflegefachkraft	MUT
Larissa Schuster	Betreuerungskraft	SCH

-  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:

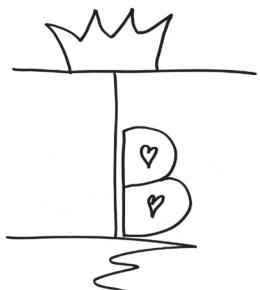
Die Lernenden sollen in der Handzeichenliste erkennen, dass eine Kollegin sich für ihre Initialen und die andere für die ersten beiden Buchstaben ihres Vornamens entschieden hat.

Handzeichenliste

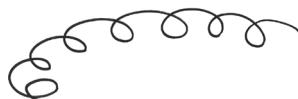
(Anhang der Pflegedokumentation)

3. Aufgabe: Beurteilen Sie die folgenden Handzeichen.

a)



b)



c)

**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: <u>Margarethe Beyer</u> Erhebung durch: <u>Manuela Hauser</u> am: <u>10.08.2014</u>																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Kommunizieren</th> <th colspan="3">Fähigkeiten/Ressourcen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kontaktaufnahme möglich: <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td>Sprache: <input checked="" type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> Fremdsprache.....</td> <td>sich mitteilen <input checked="" type="checkbox"/> mündlich <input checked="" type="checkbox"/> nonverbal <input checked="" type="checkbox"/> schriftlich</td> <td>verstehen/erkennen <input checked="" type="checkbox"/> verbal <input checked="" type="checkbox"/> schriftlich <input checked="" type="checkbox"/> Bilder/Gegenstände</td> <td></td> </tr> <tr> <td>wahrnehmen: <input checked="" type="checkbox"/> sehen</td> <td>Hilfsmittel: <u>Brille</u></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>wahrnehmen: <input checked="" type="checkbox"/> hören</td> <td>Hilfsmittel: <u>/</u></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Probleme/Risiken Frau Beyer leidet unter einer Sprechschwäche hat Probleme beim Formulieren von Sätzen ist verlangsamt im Sprachgebrauch → Risiko des Rückzugs/Ver einsamung</td> <td colspan="4">Fähigkeiten/Ressourcen Frau Beyer kann auf konkrete Nachfrage Wünsche und Anregungen mitteilen ist kooperativ akzeptiert Regeln des Zusammenlebens</td> </tr> </tbody> </table>					Kommunizieren		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 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 Frau Beyer leidet unter einer Sprechschwäche hat Probleme beim Formulieren von Sätzen ist verlangsamt im Sprachgebrauch → Risiko des Rückzugs/Ver einsamung	Fähigkeiten/Ressourcen Frau Beyer kann auf konkrete Nachfrage Wünsche und Anregungen mitteilen ist kooperativ akzeptiert Regeln des Zusammenlebens			
Kommunizieren		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 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 Frau Beyer leidet unter einer Sprechschwäche hat Probleme beim Formulieren von Sätzen ist verlangsamt im Sprachgebrauch → Risiko des Rückzugs/Ver einsamung	Fähigkeiten/Ressourcen Frau Beyer kann auf konkrete Nachfrage Wünsche und Anregungen mitteilen ist kooperativ akzeptiert Regeln des Zusammenlebens																												

sich bewegen				
Gehen, eben	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme <input checked="" type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Gehen, Treppe	<input type="checkbox"/> selbstständig	<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"/> selbstständig	<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"/> selbstständig	<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"/> selbstständig	<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"/> selbstständig	<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"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme <input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Transfer	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input checked="" type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme <input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Aufstehen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input checked="" type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme <input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Zubettgehen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<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"/> selbstständig	<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?) <u>umsicherer Gang, nach vorne geneigte Körperhaltung</u>			bestehende Kontrakturen (wenn ja, welche?) <u>Kontrakturen beider Kniegelenke</u> <u>Kontrakturen der Fingergelenke</u>
Probleme/Risiken Frau Beyer leidet unter reduzierter Körperkraft / körperlicher Schwäche eingeschränkte Beweglichkeit und dadurch vermehrte Stürze Gefahr von Stürzen und Folgeverletzungen durch Gangunsicherheit	Fähigkeiten/Ressourcen Frau Beyer akzeptiert Unterstützung durch Pflegekraft. Kann sich in ihrer häuslichen Umgebung selbstständig mit Gehhilfe (Rollator) fortbewegen. Tägt sich beraten			

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

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

	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:

- Stammbuch,
- 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 Kauenbeschwerden, 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 Nachlichter 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.

Eessen und Trinken Ernährungszustand: Größe: <input type="checkbox"/> angemessen <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Kachexie <input type="checkbox"/> Exsikkose Kostform: <input type="checkbox"/> Mahlzeiten (Anzahl pro Tag) <input type="checkbox"/> Kau- und Schluckfunktion <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> beeinträchtigt (in welcher Weise)		<input type="checkbox"/> Besonderheiten Besondere Vorerkrankungen/Sensibilitäten			
Gewicht: <input type="checkbox"/> abnehmen <input type="checkbox"/> aufnehmen <input type="checkbox"/> konstant		<input type="checkbox"/> Nahrungsumverteilung/Allergie			
Mahlzeiten: <input type="checkbox"/> Essen, oral <input type="checkbox"/> Trinken, oral <input type="checkbox"/> Ernährungsdiät wenn ja welche		<input type="checkbox"/> Besonderheiten			
Nahrungsaufnahme: <input type="checkbox"/> voller <input type="checkbox"/> Unterstützt <input type="checkbox"/> Teilübernahme <input type="checkbox"/> volle Übernahme <input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung					
Essen: <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Unterstützt <input type="checkbox"/> Teilübernahme <input type="checkbox"/> volle Übernahme <input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung					
Trinken: <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Unterstützt <input type="checkbox"/> Teilübernahme <input type="checkbox"/> volle Übernahme <input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung					
motorische Überleitung der Nahrung: <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Unterstützt <input type="checkbox"/> Teilübernahme <input type="checkbox"/> volle Übernahme <input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung					
Probleme/Risiken:		Pflegefehler/Ressourcen			
Soziale Bereiche des Lebens sichern Pflege vorläufige Kontrakte: <input type="checkbox"/> bestehend <input type="checkbox"/> Unterstützung <input type="checkbox"/> Tiefübernahme <input type="checkbox"/> volle Übernahme <input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung Finanzielle Angelegenheiten region: <input type="checkbox"/> bestehend <input type="checkbox"/> Unterstützung <input type="checkbox"/> Tiefübernahme <input type="checkbox"/> volle Übernahme <input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung Beziehungen/Verwandte/Einrichtungen, zu denen Kontakt gepflegt werden:					
Personen, zu denen kein Kontakt gewünscht wird:					
Zeiten, zu denen kein Kontakt gewünscht wird:					
Probleme/Risiken:					
Pflegefehler/Ressourcen					
Leistungsempfänger/-in: Datum: _____ Unterschrift Leistungsempfänger/-in: _____ Seite: _____		Monat: _____ Jahr: _____			
DurchführungsNachweis Datum: _____ Unterschrift DurchführungsNachweis: _____ Seite: _____		Datum/ Uhrzeit: _____ Bericht: _____ Seite: _____			
Pflegebericht Name: _____ Jahr: _____ Seite: _____					
Sturzprotokoll Kund/Klient: _____ Geburtsdatum: _____ Datum: _____ Uhrzeit: _____ Sturz erfolgte in Begleitung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja = wer: _____ Wovon hat dem Gesetzgeber aufgeholtes? <input type="checkbox"/> Ich verlor die Fähigkeit (ohne Hilfe) <input type="checkbox"/> Ich verlor die Fähigkeit (mit Hilfe einer anderen Person) <input type="checkbox"/> Ich verlor die Fähigkeit (mit Hilfe eines Gegenstands - Transferer) <input type="checkbox"/> Aufstehen oder Heruntersteigen vom Stuhl oder Bett <input type="checkbox"/> andere Tätigkeiten Sturzart: <input type="checkbox"/> Sturz im Haus - welcher Raum: _____ Schuh bei Sturz: <input type="checkbox"/> Sturz ohne Schuh <input type="checkbox"/> Sturz mit einem geschlossenen Hausschuh <input type="checkbox"/> keine Schuhe <input type="checkbox"/> Straßenschuhe oder Turnschuhe Schule: <input type="checkbox"/> keine Schule Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> benutzt kein Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator Sturz erkundete Saufzügen: <input type="checkbox"/> keine Verletzung <input type="checkbox"/> Schmerzen - wo: _____ <input type="checkbox"/> Peinliche - wo: _____ <input type="checkbox"/> Platzwunde - wo: _____ <input type="checkbox"/> möglicher Fraktur - wo: _____ Einzelheiten Maßnahmen: <input type="checkbox"/> kein Arztkontakt Notwendig <input type="checkbox"/> Krankenausweisverweis veranlasst <input type="checkbox"/> Arztbericht vor: _____ <input type="checkbox"/> Interponenon eingesetzt <input type="checkbox"/> Alltagsförderung durchgeführt <input type="checkbox"/> Patientenbedienung - § 45 StGB <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> nicht erreichbar Datum: _____ Mdr: _____					
Stammbild persönliche Daten Name: _____ Vorname: _____ Geschlecht: _____ Familiename: _____ Staatsangehörigkeit: _____ Religion: _____ Bewegung Bezugsperson(en)/Anghörige Name: _____ Straße: _____ Wohnort: _____ Telefon: _____ gesetzliche Betreuung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name: _____ Straße: _____ Wohnort: _____ Telefon: _____ Testament: _____ Testamenteintragung: _____ Befreiungserklärung im Totessoll Name: _____ Straße: _____ Wohnort: _____ Telefon: _____ Tierhaltung im Hause gef. welches Haustier: _____				Kassenärztliche Kassenärztliche/Nebenkosten Krankenhaus/Freizeitkasse Name: _____ Adresse: _____ Telefon: _____ Krankenhausaufenthalte Datum: _____ Klinikname: _____ Hilfe: _____ Brille: _____ Herzschrittmacher: _____ Sonstige: _____ Aufnahmedatum: _____ HR: _____	

Die Pflegeakte führen

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

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



Pflegeanamnese																													
Name: <u>Margarethe Beyer</u> Erhebung durch: <u>Manfolk Hauner</u> am: <u>10.08.2014</u>																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Kommunizieren</th> <th colspan="3"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kontaktaufnahme möglich:</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td>Sprache:</td> <td>sich mitteilen <input checked="" type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> Fremdsprache.....</td> <td>sich mitteilen <input checked="" type="checkbox"/> mündlich <input checked="" type="checkbox"/> nonverbal <input checked="" type="checkbox"/> schriftlich</td> </tr> <tr> <td>wahrnehmen:</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> sehen</td> <td>Hilfsmittel:</td> <td colspan="2"><u>Brille</u></td> </tr> <tr> <td>wahrnehmen:</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> hören</td> <td>Hilfsmittel:</td> <td colspan="2"><u>/</u></td> </tr> <tr> <td>Probleme/Risiken</td> <td colspan="2"> Frau Beyer leidet unter einer Sehbehinderung hat Probleme beim Formulieren von Sätzen ist verlangsamt im Sprachgebrauch → Risiko des Rückzugs/Ver einsamung </td> <td colspan="2"> Fähigkeiten/Ressourcen Frau Beyer kann auf konkrete Nachfrage Wünsche und Anregungen mitteilen ist kooperativ akzeptiert Regeln der Zusammenlebens </td> </tr> </tbody> </table>					Kommunizieren					Kontaktaufnahme möglich:	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sprache:	sich mitteilen <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	wahrnehmen:	<input checked="" type="checkbox"/> sehen	Hilfsmittel:	<u>Brille</u>		wahrnehmen:	<input checked="" type="checkbox"/> hören	Hilfsmittel:	<u>/</u>		Probleme/Risiken	Frau Beyer leidet unter einer Sehbehinderung hat Probleme beim Formulieren von Sätzen ist verlangsamt im Sprachgebrauch → Risiko des Rückzugs/Ver einsamung		Fähigkeiten/Ressourcen Frau Beyer kann auf konkrete Nachfrage Wünsche und Anregungen mitteilen ist kooperativ akzeptiert Regeln der Zusammenlebens	
Kommunizieren																													
Kontaktaufnahme möglich:	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sprache:	sich mitteilen <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																									
wahrnehmen:	<input checked="" type="checkbox"/> sehen	Hilfsmittel:	<u>Brille</u>																										
wahrnehmen:	<input checked="" type="checkbox"/> hören	Hilfsmittel:	<u>/</u>																										
Probleme/Risiken	Frau Beyer leidet unter einer Sehbehinderung hat Probleme beim Formulieren von Sätzen ist verlangsamt im Sprachgebrauch → Risiko des Rückzugs/Ver einsamung		Fähigkeiten/Ressourcen Frau Beyer kann auf konkrete Nachfrage Wünsche und Anregungen mitteilen ist kooperativ akzeptiert Regeln der Zusammenlebens																										

sich bewegen				
Gehen, eben	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme <input checked="" type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Gehen, Treppe	<input type="checkbox"/> selbstständig	<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"/> selbstständig	<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"/> selbstständig	<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"/> selbstständig	<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"/> selbstständig	<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"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme <input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Transfer	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input checked="" type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme <input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Aufstehen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input checked="" type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme <input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Zubettgehen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<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"/> selbstständig	<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		unsicherer Gang, nach vorne geneigte Körperhaltung bestehende Kontrakturen (wenn ja, welche?) Kontrakturen beider Kniegelenke Kontrakturen der Fingergelenke	
Probleme/Risiken	Frau Beyer leidet unter reduzierter Körperkraft / körperlicher Schwäche eingeschränkte Beweglichkeit und dadurch verursachte Stürze Gefahr von Stürzen und Folgeerkrankungen durch Gangunsicherheit		Fähigkeiten/Ressourcen Frau Beyer akzeptiert Unterstützung durch Pflegekraft kann sich in ihrer häuslichen Umgebung selbstständig mit Gehhilfe (Rollator) fortbewegen lässt sich beraten	

sich kleiden					
Ankleiden	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input checked="" type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Auskleiden	<input type="checkbox"/> selbstständig	<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"/> selbstständig	<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	<ul style="list-style-type: none"> - Frau Beyer kann aufgrund der Bewegungseinschränkung der Beine und tinger nicht selbstständig die Kleidung aus dem Schrank nehmen - kann Knöpfe und Verschlüsse nicht selbstständig bedienen 				
Fähigkeiten/Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> - Frau Beyer legt Wert auf gepflegte Kleidung - kann Wünsche bezüglich der Kleidung äußern 				

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

	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.		✗

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:

- Stammbuch,
- 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 Nachlichter 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 sehnsgütig. 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 Stammbalts und/oder der Pflegeanamnese ließe sich auch als Rollenspiel („Aufnahmegespräch“) realisieren.

Stammblatt

Persönliche Daten		Kassendaten		Medizinische Besonderheiten	
Name:.....		Krankenkasse/Pflegekasse:		<input type="checkbox"/> Allergie (nähere Bezeichnung)	
Vorname:.....		Versicherungs-Nr.:		<input type="checkbox"/> Anfallsleiden (nähere Bezeichnung)	
Geburtsdatum:					
Familienstand:					
Religion:					
Staatsangehörigkeit:					
Betreuung		Pflegerelevante/ medizinische Diagnosen			
Bezugsperson(en)/ Angehörige					
Name:.....				<input type="checkbox"/> Insulinpflichtig	
Straße:.....				<input type="checkbox"/> Härtefall	
Wohnort:.....				<input type="checkbox"/> Selbstzahler	
Telefon:.....				<input type="checkbox"/> Beihilfe berechtigt	
gesetzliche Betreuung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				<input type="checkbox"/> Rezeptgebührenbefreiung	
				<input type="checkbox"/> Zuzahlungsbefreiung	
Benachrichtigung im Todesfall		Behandelnde Fachärzte			
Name:.....		Name		Fachrichtung	
Straße:.....				Telefon	
Wohnort:.....					
Telefon:.....					
<input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Testament					
Krankenhausaufenthalte		Hilfsmittel			
Datum		Brille		<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen	
Krankenhaus		<input type="checkbox"/> Hörgerät		<input type="checkbox"/> Zahnlprothese	
		<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher		<input type="checkbox"/> Armpfrose	
		<input type="checkbox"/> Sonstige:		<input type="checkbox"/> Beinprothese	
Tierhaltung im Heim		Aufnahme am:		Hz.	
ggf. welche/s Haustier/e:					

Leistungsempfänger/in: _____

Monat: _____

Jahr: _____

Datum

Leistungen SGB XI

Durchführungs-nachweis

Datum: _____ Unterschrift Leistungsempfänger/in: _____

Seite: _____

Essen und Trinken					
Ernährungszustand	<input type="checkbox"/> angemessen <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Kachexie <input type="checkbox"/> Exsikkose				
Größe:	Gewicht:				
Kostform: z. B. passierte Kost	Mahlzeiten: (Anzahl pro Tag)	Diät:	Nahrungsunverträglichkeit/Allergie	Besonderheiten bevorzugte Speisen/Getränke wenn ja, welche	
Nahrungsaufnahme		<input type="checkbox"/> Essen, oral <input type="checkbox"/> Trinken, oral	<input type="checkbox"/> Ernährungssonde		
Essen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Trinken	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
mundgerechte Zubereitung der Nahrung	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Probleme/Risiken	Fähigkeiten/Ressourcen				

Soziale Bereiche des Lebens sichern					
Pflege sozialer Kontakte	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Finanzielle Angelegenheiten regeln	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Unterstützung	<input type="checkbox"/> Teilübernahme	<input type="checkbox"/> volle Übernahme	<input type="checkbox"/> Anleitung/Beaufsichtigung
Bekannte/Verwandte/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: _____	Sturzbericht – kurze Erläuterung, wie es zum Sturz kam:
Wer hat dem Gestürzten aufgeholfen?	<input type="checkbox"/> selbstständig (ohne Hilfe) <input type="checkbox"/> Hilfe durch: _____	1. Aus Sicht des Klienten/Angehörigen Mit der Initialfrage: Warum sind Sie gestürzt? 2. Aus Sicht der Pflegekraft Mit welcher Maßnahme hätte aus Ihrer Sicht der Sturz vermieden werden können?
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: _____	1. Aus Sicht des Klienten/Angehörigen Mit der Initialfrage: Warum sind Sie gestürzt? 2. Aus Sicht der Pflegekraft Mit welcher Maßnahme hätte aus Ihrer Sicht der Sturz vermieden werden können?
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: _____	1. Aus Sicht des Klienten/Angehörigen Mit der Initialfrage: Warum sind Sie gestürzt? 2. Aus Sicht der Pflegekraft Mit welcher Maßnahme hätte aus Ihrer Sicht der Sturz vermieden werden können?
Eingeleitete Maßnahmen:	<input type="checkbox"/> kein Arztkontakt notwendig <input type="checkbox"/> wünscht selbst keinen Arztkontakt <input type="checkbox"/> Krankenhauseinweisung veranlasst <input type="checkbox"/> Arztkontakt – wer: _____	
	<input type="checkbox"/> Interventionen eingeleitet <input type="checkbox"/> Alltagsberatung durchgeführt <input type="checkbox"/> PDL informiert <input type="checkbox"/> Patientenedukation <input type="checkbox"/> § 45 SBG XI <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

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

Alphabetisierung und Grundbildung

↗ wbv.de/alphabetisierung

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



GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



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 Nachholbedarf 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

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 deutschsprechenden Bevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren.

2020, 400 S., 49,90 € (D)

ISBN 978-3-7639-6071-2

Als E-Book bei 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 eingegordnet.

2021, ca. 300 S., 49,90 € (D)

ISBN 978-3-7639-6096-5

E-Book im Open Access