

MDK Baden-Württemberg, Ahornweg 2, 77933 Lahr/Schw.

AOK/BKK/IKK/LKK/vdek/Bukna

-

99999 -



Medizinischer Dienst der
Krankenversicherung
Baden-Württemberg

Medizinischer Dienst
der Krankenversicherung
Baden-Württemberg -
Hauptverwaltung
Ahornweg 2
77933 Lahr/Schw.

Tel: 07821 938-0

Fax: 07821 938-1200

Prüfbericht nach §§ 114 ff SGB XI

Auftragsnummer 141112VS18102100-000120673

Seniorenzentrum Symbad

Rotenbachtalstr. 5

76530 Baden-Baden

Datum der Prüfung: 12.11.2014

Prüfer: Jutta Maus
Pflegefachkraft

Andrea Kühn
Pflegefachkraft
Auditor

Freigabe Prüfbericht: 15.11.2014 11:37:09 durch Jutta Maus

Prüfmaßstab

Vorschriften über die Qualitätssicherung nach dem Elften Kapitel des Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) mit Stand nach dem Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)

Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR) vom 17. Januar 2014, in Kraft seit dem 1. Februar 2014

Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege -Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS)- vom 1. Januar 2014

Rahmenvertrag über die stationäre pflegerische Versorgung nach § 75 Abs. 1 SGB XI

Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI

1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

1.1 Auftragsnummer:	141112VS18102100-000120673
1.2 Daten zur Einrichtung	
a. Name	Seniorenzentrum Symbad
b. Straße	Rotenbachtalstr. 5
c. PLZ/Ort	76530 Baden-Baden
d. Institutskennzeichen (IK)	510826075
e. Telefon	07221 398596
f. Fax	07221 398601
g. E-Mail	s.brueckner-koss@acura-kliniken.com
h. Internet-Adresse	www.acura-kliniken.com
i. Träger/Inhaber	Dr. Metzler, Hr. Willebrandt Acura - Kliniken Rotenbachtalstr. 5 76530 Baden-Baden
j. Trägerart ● privat ○ freigemeinnützig ○ öffentlich ○ nicht zu ermitteln	
k. ggf. Verband	bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.
l. Einrichtungsart	● Stationär ○ Teilstationär ○ Kurzzeitpflege
m. Datum Abschluss Versorgungsvertrag	01.02.2005
n. Datum Inbetriebnahme der stationären Einrichtung	09.03.2005
o. Heimleitung Name	Susanne Brückner-Koß
p. Verantw. PFK Name	Susanne Brückner-Koß
q. Stellv. verantw. PFK	Nicole Ludwig
r. ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen	
s. Zertifizierung	○ liegt vor ● liegt nicht vor
t. Name des Ansprechpartners für die DCS	Susanne Brückner-Koß
E-Mailadresse des Ansprechpartners für	s.brueckner-koss@acura-kliniken.com

u. die DCS	
v. Rufnummer des Ansprechpartners für die DCS	07221 398596
w. Faxnummer des Ansprechpartners für die DCS	07221 398601

1.3 Daten zur Prüfung	
a. Auftraggeber	Verband AOK/BKK/IKK/LKK/vdek/Bukna
Zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input type="radio"/> AOK <input checked="" type="radio"/> IKK <input type="radio"/> LKK <input type="radio"/> BKK <input type="radio"/> KBS <input type="radio"/> vdek
b. Prüfung durch	MDK
c. Datum (TT.MM.JJJJ)	12.11.2014
	12.11.2014
	von TT.MM.JJ bis TT.MM.JJ
d. Uhrzeit	08:30
	15:30
	1. Tag
	von
	2. Tag
	von
3. Tag	von
	bis
e. Gesprächspartner der stationären Pflegeeinrichtung	Susanne Brückner-Koß Monika Grabenstätter Nicole Ludwig Nina Reichert Eva Baldes
f. Prüfende(r) Gutachter	Jutta Maus Andrea Kühn
g. An der Prüfung Beteiligte	Namen:
<input checked="" type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger <input type="checkbox"/> Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Trägerverband <input type="checkbox"/> Sonstige: welche?	
h. Ansprechpartner des MDK / PKV-Prüfdiensts für die DCS	Name Dr. Waltraud Hannes
	E-Mailadresse fb-pflege@mdkbw.de

1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI	
a.	
b.	

Regelprüfung
 Anlassprüfung (Beschwerde Pflegebedürftige, Angehörige u.ä.)
 Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen)
 Anlassprüfung (sonstige Hinweise)
 Wiederholungsprüfung
 c. Wiederholungsprüfung auf Antrag der Pflegeeinrichtung
 d. nächtliche Prüfung
 e. Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI 22.05.2013
TT.MM.JJJJ
 f. Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen TT.MM.JJJJ
15.01.2014
15.01.2014
 Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde
 Gesundheitsamt
 Sonstige
 keine Angaben
 Prüfung nach anerkanntem Prüfverfahren

M/Info					
1.5 Art der Einrichtung und Versorgungssituation					
	Vollstationäre Pflege	Kurzzeitpflege	Teilstationäre Pflege - Tag	Teilstationäre Pflege - Nacht	ggf. Bewohner im Schwerpunkt
vorgehaltene Plätze	31	0	0	0	0
belegte Plätze	28	1	0	0	0
davon vorgehaltene Plätze nach Organisationsform					
	angegliedert	0	0	0	0
	eingestreut	4	0	0	0
	solitär	0	0	0	0

M/Info									
1.6 Struktur der Wohn- und Pflegebereiche									
Wohn- / Pflegebereich	Bereich auf 1 Ebene	Anzahl Bewohner	davon PEA	davon nach SGB XI eingestuft in Pflegestufe					
				keine	I	II	III	davon Härte- fälle	n.n. einges- tuft
	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	29	12	2	11	12	4	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0

	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein								
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt:		29	12	2	11	12	4	0	0

1.7 Nach Angabe der stationären Pflegeeinrichtung Anzahl Bewohner mit:	
a. Wachkoma	0
b. Beatmungspflicht	0
c. Dekubitus	0
d. Blasenkatheter	1
e. PEG-Sonde	1
f. Fixierung	2
g. Kontraktur	5
h. vollständiger Immobilität	3
i. Tracheostoma	0
j. MRSA	0

1.8 Ist ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
--	--

1.10 Werden Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI von der stationären Pflegeeinrichtung angeboten?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
--	--

1.11 Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wenn ja, welche?	
a. <input type="checkbox"/> Grundpflege b. <input type="checkbox"/> Behandlungspflege c. <input type="checkbox"/> soziale Betreuung d. <input checked="" type="checkbox"/> Speisen- und Getränkeversorgung e. <input checked="" type="checkbox"/> Wäscheversorgung f. <input checked="" type="checkbox"/> Hausreinigung	

2. Zusammenfassende Beurteilung

In der Einrichtung wurden neun Bewohner visitiert.

3. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

Datum, Jutta Maus

Datum, Andrea Kühn

Anlage zum Prüfbericht nach §§ 114 SGB XI

In der Anlage sind nur die Fragen und Kriterien aus dem Erhebungsbogen aufgenommen, die relevant sind und bei denen Angaben gemacht wurden. Nicht zutreffende Fragen und Kriterien wurden nicht aufgenommen.

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1 Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung
Kapitel 2 Allgemeine Angaben
Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal
Kapitel 4 Ablauforganisation
Kapitel 5 Qualitätsmanagement
Kapitel 6 Hygiene
Kapitel 7 Verpflegung
Kapitel 8 Soziale Betreuung

Die folgenden Kapitel wiederholen sich für jeden in die Prüfung einbezogenen Bewohner.

Kapitel 9 Allgemeine Angaben
Kapitel 10 Behandlungspflege
Kapitel 11 Mobilität
Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
Kapitel 13 Harninkontinenz
Kapitel 14 Umgang mit Demenz
Kapitel 15 Körperpflege
Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität
Kapitel 17 Sonstiges
Kapitel 18 Befragung der Bewohner als zusammenfassende Darstellung aller befragten Personen

Kapitel 1 Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung (siehe Punkt 1 des Prüfberichts)

Kapitel 2 Allgemeine Angaben

2.2 Wird bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

2.3 Bezüglich der strukturellen Anforderungen an die Versorgung von Bewohnern mit eingeschränkter Alltagskompetenz trifft für die stationäre Pflegeeinrichtung Folgendes zu:

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal

3.3 Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

3.4 Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in dieser stationären Pflegeeinrichtung?

Stunden 20,0

Die Tätigkeit Heimleitung / verantwortliche Pflegefachkraft wird in der Einrichtung in Personalunion ausgeübt. Nach Angaben der Einrichtung ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der Funktion als Heimleitung mit 20 Stunden / Woche tätig.

3.5 Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig?

Die verantwortliche Pflegefachkraft ist nicht in der direkten Pflege tätig.

Info							
3.8 Zusammensetzung Personal							
a. Basis für Vollzeit Stunden / Woche				40,00			
	Vollzeit Stunden / Woche		Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		Gesamtstellen in Vollzeit
	Anz. MA	Stellen- umfang	Anz. MA	Stellen- umfang	Anz. MA	Stellen- umfang	
Geeignete Kräfte:							
Verantwortliche Pflegefachkraft			1	20,00			0,50
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft	1	40,00					1,00
Altenpfleger/in	3	40,00	2	32,00			5,48
			1	10,00			
			1	9,00			
			2	8,00			
(Gesundheits- und) Krankenpfleger/in			1	28,00			1,13
			1	9,00			
			1	8,10			
(Gesundheits- und) Kinderkrankenpfleger/in							0,00
Heilerziehungspfleger/in							0,00
Krankenpflegehelfer/in			1	20,00			0,75
			1	10,00			
Altenpflegehelfer/in	1	40,00					1,00
angelernte Kräfte	2	40,00	1	30,00			3,45
			1	28,00			
Auszubildende	2	40,00					2,00
Bundesfreiwilligendienst- leistende							0,00
Freiwilliges soz. Jahr							0,00
Sonstige							0,00

soziale Betreuung							
Sozialpädagogen							0,00
Sozialarbeiter/in							0,00
Ergotherapeuten / Beschäftigungs- therapeuten							0,00
87b-Kräfte			1	20,00			0,90
			1	16,00			
Sonstige			2	11,00			0,75
			1	8,00			

Kapitel 4 Ablauforganisation

4.1 Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

4.3 Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von ungelerten Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

4.5 Ist die Personaleinsatzplanung mit Blick auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohner adäquat?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

Kapitel 5 Qualitätsmanagement

5.1 Liegt die Zuständigkeit für das Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene und werden die Aufgaben von dieser wahrgenommen?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

5.2 Setzt die stationäre Pflegeeinrichtung die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?

	ja	nein	n gepr
a. Dekubitusprophylaxe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
b. Pflegerisches Schmerzmanagement - Akutschmerz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
c. Pflegerisches Schmerzmanagement - chronischer Schmerz	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Sturzprophylaxe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
e. Kontinenzförderung	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Chronische Wunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
g. Ernährungsmanagement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

5.4 Liegt in der stationären Pflegeeinrichtung eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

5.6 (T32) Werden die Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

5.7 (T50) Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

Kapitel 6 Hygiene

6.1 (T53) Ist der Gesamteindruck der Einrichtung im Hinblick auf Sauberkeit und Hygiene gut? (z.B. optische Sauberkeit, Ordnung, Geruch)

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

6.4 Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

Kapitel 7 Verpflegung

7.1 (T57) Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form eines Wochenplans bekannt gegeben?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

7.2 Wird in der stationären Pflegeeinrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speiseangebot vorgehalten?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

7.3 (T54) Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

7.4 Wird speziellen Erfordernissen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr der Bewohner Rechnung getragen?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

7.5 (T59) Werden die Mahlzeiten in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und ruhiger Atmosphäre angeboten?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

Kapitel 8 Soziale Betreuung

8.1 Werden Leistungen der sozialen Betreuung angeboten?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

Die Gruppen- und Einzelangebote werden nachweislich und regelmäßig angeboten. Dies geht aus dem Konzept, aus der Angebotsplanung und aus den Wochenplänen der sozialen Betreuung hervor.

Die soziale Betreuung nach § 87 b SGB XI findet geplant und regelmäßig statt.

Ein Konzept für die Betreuungsleistungen nach § 87 b SGB XI liegt vor.

Die örtlichen Vereine kommen mehrmals jährlich in die Einrichtung.

Für die Besuche bei einzelnen Bewohnern konnte eine Ehrenamtliche gewonnen werden.

Die Einrichtung unterstützt die Kontakte mit den Angehörigen.

8.3 (T46) Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Bewohnergruppen und deren Bedürfnisse ausgerichtet?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

Die Einrichtung bietet den unterschiedlichen Bedürfnissen der Bewohner entsprechend ein vielfältiges Angebot an sozialer Betreuung an.

Die Angebote der Mobilitätsförderung orientieren sich an den kognitiven Fähigkeiten und somatischen Einschränkungen der Bewohner.

Für steh- und geheingeschränkte Bewohner werden ihren Fähigkeiten entsprechende gymnastische Angebote angeboten (z.B. Sitzgymnastik, Sitztanz).

Einfache gymnastische Übungen werden in die täglichen Angebote der sozialen Betreuung integriert.

Bewohnern mit einer mittleren Demenzerkrankung werden Einzelangebote der Mobilität unterbreitet, die auf speziellen Pflorgetechniken z. B. Basaler Stimulation aufbauen.

8.6 In welchem Stellenumfang sind in der stationären Pflegeeinrichtung Mitarbeiter für die soziale Betreuung beschäftigt (ohne Mitarbeiter nach § 87b SGB XI)?

Stellenumfang: 0,75

8.7 Hat die stationäre Pflegeeinrichtung auf der Grundlage des § 87b SGB XI Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf vereinbart? Ja

Wenn ja, mit welchem Stellenumfang? 0,50

8.8 Sind die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen an zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI im Hinblick auf die Beschäftigung, Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung erfüllt?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

8.9 Wird die Eingewöhnung der Bewohner in die stationäre Pflegeeinrichtung systematisch begleitet?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

Die Einrichtung unterstützt neu eingezogene Bewohner in der Eingewöhnungsphase. Nach einigen Wochen findet ein Integrationsgespräch mit dem neuen Bewohner statt. Das Ergebnis wird dokumentiert, evtl. Verbesserungen werden besprochen und eingeleitet.

8.10 (T49) Gibt es konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

Die Einrichtung hat eine Abschiedskultur implementiert, die auf die individuellen Bedürfnisse der Sterbenden und ihrer Angehörigen Rücksicht nimmt.

Mit den Bewohnern und deren Angehörigen wird über Wünsche für Krisensituationen und über Wünsche zur Sterbebegleitung gesprochen.

Die Mitarbeiter oder die Angehörigen begleiten die Sterbenden.

Die örtliche Hospizgruppe kommt auf Anfrage ins Haus.

Angehörigen, Mitarbeitern und Bewohnern wird ermöglicht, sich von dem Verstorbenen zu verabschieden.

Mitarbeiter nahmen an Fortbildungen zum Thema "Leben und Sterben im Pflegeheim" teil.

P1

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:			141112VS18102100-000120673		
Datum	12.11.2014	Uhrzeit	10:47	Nummer Erhebungsbogen	P1

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P1
b. Pflegekasse	BKK Bahn
c. Pflege- / Wohnbereich	.
d. Geburtsdatum	1934
e. Einzugsdatum	18.05.2011
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Helicobacter pylori negative Gastritis, Koprostase, subkortikale vaskuläre Enzephalopathie, Polyarthrose, insulinpflichtiger Diabetes mellitus
g. Pflegestufe <input type="radio"/> I <input checked="" type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> Härtefall <input type="radio"/> nicht pflegebedürftig <input type="radio"/> noch nicht eingestuft	
h. Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Jutta Maus
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	Altenpflegefachkraft
c. Name des Mitarbeiters	M1
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	keine

Kapitel 10 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen (T23) Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ja	nein	tnz
10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T24) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der Bewohner erhält regelmäßig Medikamente.

Die ärztlich verordneten Medikamente sind fach- und sachgerecht, mit Angabe zur Applikationsform, mit dem vollständigen Medikamentennamen, mit der Dosierung und Häufigkeit, sowie mit der tageszeitlichen Zuordnung der Medikamentengabe dokumentiert. Die Medikamentengaben sind von Pflegefachkräften korrekt abgezeichnet.

	ja	nein	tnz
10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen (T25) Anordnung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Angaben zur Bedarfsmedikation mit der Bedarfsindikation sowie Angaben zur Einzel- und zur Tageshöchstdosis sind dokumentiert.

	ja	nein	tnz
10.5 Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? (T26)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
10.6 Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja:		
<input type="checkbox"/> akute Schmerzen		
<input checked="" type="checkbox"/> chronische Schmerzen		
Von:		
<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt		
<input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen		

Der Bewohner hat chronische Schmerzen in den Händen und den Füßen.

Die Schmerzintensität wurde am 25.05.2014 mittels Wong-Baker-Gesichter-Skala eingeschätzt. Nach ärztlicher Verordnung erhält der Bewohner zweimal täglich das Medikament Lyrica 150 mg Kapseln.

Durch diese Medikation ist der Bewohner in der Regel schmerzfrei. Dies geht aus dem Verlaufsbericht hervor.

	ja	nein	tnz
10.7 Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung? (T13)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.8 Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei (T14) Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.9 Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich (T15) verordneten Medikamente?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Bewohner angetroffen
a. <input type="radio"/> liegend <input checked="" type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

Der Bewohner wird mit Tageskleidung bekleidet im Beschäftigungsraum angetroffen. Er sitzt im

Rollstuhl am Tisch und nimmt an einem Beschäftigungsangebot teil.
 Der Bewohner begrüßt den Gutachter freundlich und ist mit der Bewohnervisite einverstanden.
 Die begleitende Pflegefachkraft fährt den Bewohner im Rollstuhl in sein Zimmer.

Ein Gespräch ist gut möglich. Der Bewohner kann Fragen zum Alltagsgeschehen zumeist adäquat beantworten.
 Der Bewohner ist zur Person und zum Ort orientiert. Zur Zeit und zur Situation ist er zeitweise orientiert.
 Der Bewohner kann Wünsche und Bedürfnisse äußern.
 Der Bewohner kann die Klingel erreichen und bedienen.

In der Biografie sind Vorlieben im Bereich der Aktivitäten und der sozialen Kontakte beschrieben.
 Der Bewohner nimmt unter anderem aktiv oder passiv an folgenden Gemeinschaftsaktivitäten, welche seinem Interesse entsprechen, teil:
 - Gesellschaftsspiele
 - Feste und Feiern auf dem Wohnbereich
 Die Teilnahme an den Angeboten ist geplant.
 Die Durchführung und die Ergebnisse sind dokumentiert.

Die Anerkennung nach § 87b SGB XI liegt vor.
 Der Bewohner nimmt unter anderem regelmäßig an folgenden Angeboten nach § 87b SGB XI teil:
 - Erinnerungsarbeit
 - Einzelbetreuung
 - Gesellschaftsspiele
 - Bewegungsübungen
 - Kreatives wie zum Beispiel Malen
 - Musizieren
 - Kochen, backen
 Die Teilnahme an den Angeboten ist geplant.
 Die Durchführung und die Ergebnisse sind dokumentiert.

Der Bewohner erhält regelmäßig Besuch von Angehörigen.

	ja	nein
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der Bewohner kann mit beiden Händen zielgerichtet greifen und kann beide Hände auf Mundhöhe anheben.
 Der Bewohner sitzt im Rollstuhl. Er kann seine Körperspannung im Sitzen über einen längeren Zeitraum halten.
 Der Bewohner benötigt personelle Hilfe zum Aufstehen.
 Der Bewohner kann mit personeller Hilfe oder dem Festhalten am Mobiliar stehen.
 Der Bewohner kann ausschließlich zum Transfer wenige Schritte mit personeller Unterstützung gehen.
 Der Bewohner sitzt im Rollstuhl und fährt diesen im Zimmer und auf dem Wohnbereich eigenständig mit Trippelschritten.
 Für längere Strecken innerhalb und außerhalb der Einrichtung wird der Bewohner im Rollstuhl von einer Begleitperson gefahren.
 Der Bewohner kann selbstständig seine Lage im Bett umfänglich verändern.
 Die Ursachen der Bewegungseinschränkung sind bekannt und dokumentiert.

Der Bewohner hat Bewegungseinschränkungen in der rechten und linken Schulter und im rechten und linken Hüftgelenk.

	ja nein
11.3 Liegt ein Sturzrisiko vor?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

	ja nein
11.4 (T18) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Punkte: 21	nach: <input type="radio"/> Norton <input checked="" type="radio"/> Braden <input type="radio"/> sonstige
	von: <input type="checkbox"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

	ja nein
11.7 (T1) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	08.11.2014		
	kg	75,80		
b. Aktuelle Größe	152 cm			
c. BMI	32,81 kg/m ²			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Der Bewohner äußert sich, wenn er Hunger hat.
 Der Bewohner kann selbstständig essen.
 Die individuellen Essgewohnheiten sind ermittelt und dokumentiert.

12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Der Bewohner äußert sich, wenn er Durst hat.
Der Bewohner kann selbstständig trinken.
Die individuellen Trinkgewohnheiten sind ermittelt und dokumentiert.

	ja nein
12.5 Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst? (T7)	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
12.6 Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung (T10) erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
12.9 Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? (T9)	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
12.10 Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? (T12)	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 13 Urininkontinenz

13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
b. <input checked="" type="checkbox"/> Transurethralem Katheter	.
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen

13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Der Bewohner ist harninkontinent. Er trägt einen transurethralen Blasenverweilkatheter. Der Einrichtung ist die medizinische Indikation hierfür bekannt, ein ärztliches Attest liegt vor. Der Bewohner benötigt Hilfe beim Leeren des Auffangbeutels. Die Pflegekräfte leeren den Auffangbeutel und wechseln diesen entsprechend den Herstellervorgaben (abhängig kompensierte Inkontinenz). Beim Wechsel des Auffangbeutels werden alle hygienischen Anforderungen eingehalten.

Der Bewohner trägt, aufgrund seiner Stuhlinkontinenz, zusätzlich eine Inkontinenzvorlage. Die Pflegekräfte übernehmen bei dem Bewohner den Wechsel der Inkontinenzvorlage (abhängig

kompensierte Inkontinenz).

	ja	nein	tnz
13.3 (T16) Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die individuellen Risiken und Ressourcen erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
13.4 (T17) Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 14 Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

14.1 Orientierung und Kommunikation				
a. sinnvolles Gespräch möglich	<input checked="" type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="radio"/>	ja	<input checked="" type="radio"/>	nein

	ja	nein	tnz
14.2 (T33) Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.4 (T35) Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.5 (T40) Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.6 (T36) Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 15 Körperpflege

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut	
	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)

Die Haut ist intakt und gepflegt.

Der Bewohner wäscht sich das Gesicht und den vorderen Oberkörper mit Impulsgabe und Unterstützung selbst.

Die verbleibende Körperpflege wird vom Pflegepersonal nach seinen Bedürfnissen und Gewohnheiten übernommen.

Die Finger- und Zehennägel sind gepflegt.
Die Zehenzwischenräume sind sauber.

		ja	nein	tnz
15.2 (T29)	Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15.3 Mundzustand / Zähne

Die Lippen sind gepflegt.
Die sichtbaren Zahnprothesen sind gepflegt.
Die Zunge ist nicht belegt.
Die sichtbare Mundschleimhaut ist feucht und frei von Belägen.
Der Bewohner führt die Mundpflege selbstständig nach seinen Gewohnheiten am Waschbecken aus.

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

		ja	nein
16.1	Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

		ja	nein
16.4 (T31)	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

		ja	nein
16.5	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 17 Sonstiges

Bewohner 1

		ja	nein
17.1	Besteht ein kritisches Ereignis?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

P2

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:		141112VS18102100-000120673			
Datum	12.11.2014	Uhrzeit	11:58	Nummer Erhebungsbogen	P2

--

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P2
b. Pflegekasse	Debeka Privat
c. Pflege- / Wohnbereich	.
d. Geburtsdatum	1924
e. Einzugsdatum	05.05.2013
f. Aktuelle pflegerrelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz, Gangstörung, insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2, Herzschrittmacherimplantat, COPD, Aortenklappen- und Mitralklappenersatz
g. Pflegestufe <input checked="" type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> Härtefall <input type="radio"/> nicht pflegebedürftig <input type="radio"/> noch nicht eingestuft	
h. Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Andrea Kühn
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft/Krankenschwester
c. Name des Mitarbeiters	M2
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	keine

Kapitel 10 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen (T23) Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T24) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der Bewohner erhält regelmäßig Medikamente.

Die ärztlich verordneten Medikamente sind fach- und sachgerecht, mit Angabe zur Applikationsform, mit dem vollständigen Medikamentennamen, mit der Dosierung und Häufigkeit, sowie mit der tageszeitlichen Zuordnung der Medikamentengabe dokumentiert. Die Medikamentengaben sind von Pflegefachkräften korrekt abgezeichnet.

	ja	nein	tnz
10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen (T25) Anordnung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Angaben zur Bedarfsmedikation mit der Bedarfsindikation sowie Angaben zur Einzel- und zur

Tageshöchstdosis sind dokumentiert.

	ja	nein	tnz
10.5 (T26) Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
10.6 Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Bewohner angetroffen
a. <input type="radio"/> liegend <input checked="" type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

Der Bewohner wird mit Tageskleidung bekleidet in seinem Zimmer angetroffen.

Er sitzt in einem Fernsehsessel und sieht fern.

Der Bewohner begrüßt den Gutachter freundlich und ist mit der Bewohnervisite einverstanden.

Ein Gespräch ist ohne Einschränkungen möglich.

Der Bewohner zeigt sich bei der Visite zur Person, zum Ort, zur Zeit und zur Situation orientiert.

Nach Angabe bestand bei dem Bewohner im häuslichen Umfeld eine Weglauftendenz.

Der Bewohner kann Wünsche und Bedürfnisse äußern und die Klingel erreichen und bedienen.

In der Biografie sind Vorlieben im Bereich der Aktivitäten und der sozialen Kontakte beschrieben.

Der Bewohner lebt eher zurückgezogen. Er möchte an den Gruppenangeboten der sozialen Betreuung nicht teilnehmen. Er sieht gerne fern.

Er erhält täglich Besuch von seinem Ehepartner.

Er erzählt dem Gutachter, dass ihm nicht langweilig ist.

Die Anerkennung nach § 87b SGB XI liegt vor.

Der Bewohner nimmt regelmäßig an folgenden Angeboten in Einzelbetreuung nach § 87b SGB XI teil:

- Gespräche

Die Teilnahme an den Angeboten ist geplant.

Die Durchführung und die Ergebnisse sind dokumentiert.

	ja	nein
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der Bewohner kann mit beiden Händen zielgerichtet greifen und beide Hände auf Mundhöhe anheben.

Der Bewohner kann frei sitzen.

Der Bewohner kann selbstständig aufstehen.

Der Bewohner kann frei stehen.

Der Bewohner kann selbstständig gehen.

Innerhalb des Zimmers benutzt der Bewohner zeitweise seinen Gehstock.

Außerhalb des Zimmers geht der Bewohner mit dem Rollator.

Der Bewohner kann selbstständig seine Lage im Bett umfänglich verändern.

Die Ursachen der Bewegungseinschränkung sind bekannt und dokumentiert.
(Gangstörung).

	ja	nein
11.3 Liegt ein Sturzrisiko vor?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen	

Eine individuelle Maßnahmenplanung zur Sturzprophylaxe entsprechend dem individuellen Sturzrisiko des Bewohners liegt vor.

Der Bewohner trägt geschlossene Schuhe.

Der Bewohner benutzt außerhalb seines Zimmers den Rollator und innerhalb des Zimmers nach Bedarf seinen Gehstock.

An den Bewegungsprogrammen der Einrichtung möchte der Bewohner nicht teilnehmen. Er geht regelmäßig mit seinem Ehepartner spazieren.

Die Klingel und die Nachttischlampe sind für ihn erreichbar.

Der Bewohner ist in den letzten sechs Monaten in der Einrichtung nicht gestürzt.

	ja	nein
11.4 (T18) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
11.5 (T19) Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein	
Punkte: 22	nach:	von:
	<input type="radio"/> Norton	<input type="checkbox"/> Gutachter erhoben
	<input checked="" type="radio"/> Braden	<input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen
	<input type="radio"/> sonstige	

	ja	nein
11.7 (T1) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	14.10.2014		
	kg	55,20		

b.	Aktuelle Größe	165 cm
c.	BMI	20,28 kg/m ²
d.	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden
e.	Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten

12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Der Bewohner äußert sich, wenn er Hunger hat.
Der Bewohner kann selbstständig essen.
Die individuellen Essgewohnheiten sind ermittelt und dokumentiert.
Die individuellen Essgewohnheiten werden berücksichtigt.

12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Der Bewohner äußert sich, wenn er Durst hat.
Der Bewohner kann selbstständig trinken.
Die individuellen Trinkgewohnheiten sind ermittelt und dokumentiert.
Die individuellen Trinkgewohnheiten werden berücksichtigt.

	ja	nein
12.5 Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst? (T7)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.6 Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung (T10) erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.9 Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? (T9)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.10 Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? (T12)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 13 Urininkontinenz

13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenz- produkten	<input type="checkbox"/> offen <input checked="" type="checkbox"/> geschlossen

13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Der Bewohner ist harninkontinent. Er sucht selbstständig die Toilette auf, erreicht diese aber nicht immer rechtzeitig. Der Bewohner trägt Inkontinenzhosen und wechselt diese selbstständig (unabhängig kompensierte Inkontinenz).

	ja	nein	tnz
13.3 (T16) Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkateter die individuellen Risiken und Ressourcen erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 14 Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

14.1 Orientierung und Kommunikation	
a. sinnvolles Gespräch möglich	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein

	ja	nein	tnz
14.2 (T33) Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.3 (T34) Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und sozialen Betreuung einbezogen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.4 (T35) Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.5 (T40) Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.6 (T36) Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 15 Körperpflege

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut	
	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)

Die Haut ist intakt und gepflegt.

Der Bewohner geht zur täglichen Grundpflege an das Waschbecken.

Der Bewohner führt die tägliche Körperpflege selbstständig durch.

Der Bewohner erhält einmal wöchentlich Unterstützung beim Duschen.

Die Finger- und Zehennägel sind gepflegt.

Die Zehenzwischenräume sind sauber.

	ja	nein	tnz
15.2 (T29) Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15.3 Mundzustand / Zähne

Die Lippen sind gepflegt.

Die sichtbaren Zahnprothesen sind gepflegt.

Die Zunge ist nicht belegt.

Die sichtbare Mundschleimhaut ist feucht und frei von Belägen.

Der Bewohner führt die Mundpflege selbstständig nach seinen Gewohnheiten am Waschbecken aus.

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	ja	nein
16.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
16.4 (T31) Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
16.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 17 Sonstiges

Bewohner 2

	ja	nein
17.1 Besteht ein kritisches Ereignis?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

P3**Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner**

9.1 Auftragsnummer:			141112VS18102100-000120673		
Datum	12.11.2014	Uhrzeit	11:47	Nummer Erhebungsbogen	P3

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P3
b. Pflegekasse	Debeka
c. Pflege- / Wohnbereich	.
d. Geburtsdatum	1950
e. Einzugsdatum	05.05.2007
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Akzentuierte Symptomatik bei primär chronisch progredienter Multipler Sklerose, chronischer Nikotinabusus, reaktive Depression
g. Pflegestufe <input type="radio"/> I <input checked="" type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> Härtefall <input type="radio"/> nicht pflegebedürftig <input type="radio"/> noch nicht eingestuft	
h. Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Jutta Maus
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	Altenpflegefachkraft
c. Name des Mitarbeiters	M1
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	keine

Kapitel 10 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen (T23) Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T24) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der Bewohner erhält regelmäßig Medikamente.

Die ärztlich verordneten Medikamente sind fach- und sachgerecht, mit Angabe zur Applikationsform, mit dem vollständigen Medikamentennamen, mit der Dosierung und Häufigkeit, sowie mit der tageszeitlichen Zuordnung der Medikamentengabe dokumentiert. Die Medikamentengaben sind von Pflegefachkräften korrekt abgezeichnet.

	ja	nein	tnz
10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen (T25) Anordnung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Angaben zur Bedarfsmedikation mit der Bedarfsindikation sowie Angaben zur Einzel- und zur Tageshöchstdosis sind dokumentiert.

	ja	nein	tnz
10.5 Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? (T26)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
10.6 Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Bewohner angetroffen
a. <input type="radio"/> liegend <input checked="" type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

Der Bewohner wird mit Tageskleidung bekleidet in seinem Zimmer angetroffen. Er sitzt auf dem Bett und möchte sich gerade in seinen Elektrorollstuhl setzen. Der Bewohner transferiert sich alleine in den Rollstuhl und fährt mit diesem an den Tisch im Bewohnerzimmer.

Der Bewohner begrüßt den Gutachter und ist mit der Bewohnervisite einverstanden.

Ein Gespräch ist ohne Einschränkungen möglich.

Der Bewohner ist zur Person, zum Ort, zur Zeit und zur Situation orientiert.

Der Bewohner kann Wünsche und Bedürfnisse äußern.

Der Bewohner kann die Klingel erreichen und bedienen.

In der Biografie sind Vorlieben im Bereich der Aktivitäten und der sozialen Kontakte beschrieben.

Der Bewohner nimmt an den Gemeinschaftsaktivitäten nicht teil.

Der Bewohner lebt in der Einrichtung sehr zurückgezogen. An den Aktivierungsangeboten, einschließlich den internen und externen Veranstaltungen möchte der Bewohner nicht teilnehmen. Er ist auch nicht an Einzelaktivitäten in seinem Zimmer interessiert. Der Bewohner bestätigt dies nachvollziehbar im Gespräch mit dem Gutachter.

Die Anerkennung nach § 87b SGB XI liegt nicht vor.

Der Bewohner erhält regelmäßig Besuch von Angehörigen.

	ja	nein
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der Bewohner kann mit beiden Händen zielgerichtet greifen und kann beide Hände auf Mundhöhe anheben.
 Der Bewohner kann frei sitzen.
 Der Bewohner sitzt im Rollstuhl.
 Der Bewohner kann selbstständig aufstehen. Er hält sich dabei am Mobiliar oder dem Rollstuhl fest.
 Der Bewohner kann ausschließlich zum Transfer kurz stehen. Je nach Tagesform benötigt er personelle Unterstützung für den Transfer.
 Der Bewohner kann nicht gehen.
 Der Bewohner fährt im Bewohnerzimmer, auf dem Wohnbereich, in der Einrichtung und außerhalb der Einrichtung eigenständig mit dem Elektrorollstuhl.
 Der Bewohner kann selbstständig seine Lage im Bett umfänglich verändern.

Die Ursachen der Bewegungseinschränkung sind bekannt und dokumentiert.
 Der Bewohner hat Bewegungseinschränkungen im rechten und linken Hüftgelenk, im rechten und linken Kniegelenk und im rechten und linken Sprunggelenk.

	ja	nein
11.3 Liegt ein Sturzrisiko vor?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen	

Der Bewohner ist zu dem Sturzrisiko beraten und geschult worden.
 Einmal wöchentlich erhält der Bewohner Physiotherapie
 Der Bewohner trägt geschlossene Schuhe.
 Der Bewohner benutzt eine Greifzange.
 Die Klingel und die Nachttischlampe sind für ihn erreichbar.
 Der Bewohner trägt einen Notruf am Handgelenk.

Der Bewohner ist in den letzten sechs Monaten nicht gestürzt.

	ja	nein
11.4 (T18) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
11.5 Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko (T19) erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?		<input type="radio"/> ja	<input checked="" type="radio"/> nein
Punkte: 20	nach:	von:	
	<input type="radio"/> Norton	<input type="checkbox"/> Gutachter erhoben	
	<input checked="" type="radio"/> Braden	<input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen	
	<input type="radio"/> sonstige		

	ja	nein
11.7 (T1) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

--

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	13.08.2013		
	kg	45,60		
b. Aktuelle Größe	165 cm			
c. BMI	16,75 kg/m ²			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input checked="" type="radio"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

Der Bewohner möchte seit dem Sommer 2013 keine Vitalüberprüfung mehr. Die Aussage ist dokumentiert. Der Bewohner wird in regelmäßigen Abständen gefragt, ob die Vitalzeichen überprüft werden sollen.

12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen	

Der Bewohner äußert sich, wenn er Hunger hat.
 Der Bewohner kann selbstständig essen, wenn ihm die Mahlzeiten mundgerecht zubereitet werden.
 Die individuellen Essgewohnheiten sind ermittelt und dokumentiert.

12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	<input type="radio"/> ja	<input checked="" type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen	

Der Bewohner äußert sich, wenn er Durst hat.
 Der Bewohner kann selbstständig trinken.
 Die individuellen Trinkgewohnheiten werden berücksichtigt.

	ja	nein
12.5 Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst? (T7)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.6 Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung (T10) erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.7 Werden bei Einschränkungen der selbständigen			

(T8) Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
--	--

	ja nein
12.9 (T9) Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
12.10 (T12) Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 13 Urininkontinenz

13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input type="checkbox"/> offen <input checked="" type="checkbox"/> geschlossen

13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Der Bewohner ist harninkontinent. Er sucht selbstständig die Toilette auf, erreicht diese aber nicht immer rechtzeitig. Der Bewohner trägt Inkontinenzhosen. Die Pflegekräfte wechseln die Inkontinenzhosen (abhängig kompensierte Inkontinenz).

	ja nein tnz
13.3 (T16) Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die individuellen Risiken und Ressourcen erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein tnz
13.4 (T17) Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 14 Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

14.1 Orientierung und Kommunikation	
a. sinnvolles Gespräch möglich	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein

	ja nein tnz
14.2 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

(T33) berücksichtigt?			
	ja	nein	tnz
14.3 (T34) Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und sozialen Betreuung einbezogen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ja	nein	tnz
14.4 (T35) Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ja	nein	tnz
14.5 (T40) Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ja	nein	tnz
14.6 (T36) Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 15 Körperpflege

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut	
	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)

Die sichtbare Haut ist intakt und gepflegt.
 Der Bewohner wäscht sich eigenständig das Gesicht.
 Die verbleibende Körperpflege wird vom Pflegepersonal nach seinen Bedürfnissen und Gewohnheiten übernommen.
 Die Fingernägel sind gepflegt.
 Der Bewohner möchte seine von der Kleidung bedeckte Haut nicht zeigen.

	ja	nein	tnz
15.2 (T29) Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15.3 Mundzustand / Zähne

Die Lippen sind gepflegt.
 Die sichtbaren Zähne sind gepflegt.
 Die Zunge ist nicht belegt.
 Die sichtbare Mundschleimhaut ist feucht und frei von Belägen.
 Der Bewohner führt die Mundpflege selbstständig nach seinen Gewohnheiten am Waschbecken aus.

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	ja	nein
16.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ja	nein
16.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften (T31) durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ja	nein
16.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 17 Sonstiges

Bewohner 3

	ja	nein
17.1 Besteht ein kritisches Ereignis?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

P4

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:			141112VS18102100-000120673		
Datum	12.11.2014	Uhrzeit	13:27	Nummer Erhebungsbogen	P4

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P4
b. Pflegekasse	DAK
c. Pflege- / Wohnbereich	.
d. Geburtsdatum	1954
e. Einzugsdatum	01.10.2012
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Multiple Sklerose, Morbus Parkinson, Knie-TEP 2007, Schulterprothese links 2007, rechtsbetonte Tetraparese
g. Pflegestufe <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input checked="" type="radio"/> III <input type="radio"/> Härtefall <input type="radio"/> nicht pflegebedürftig <input type="radio"/> noch nicht eingestuft	
h. Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Andrea Kühn
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft/Krankenschwester
c. Name des Mitarbeiters	M2
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	keine

Kapitel 10 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen (T23) Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T24) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der Bewohner erhält regelmäßig Medikamente.
Die ärztlich verordneten Medikamente sind fach- und sachgerecht, mit Angabe zur Applikationsform, mit dem vollständigen Medikamentennamen, mit der Dosierung und Häufigkeit, sowie mit der tageszeitlichen Zuordnung der Medikamentengabe dokumentiert. Die Medikamentengaben sind von Pflegefachkräften korrekt abgezeichnet.

	ja	nein	tnz
10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen (T25) Anordnung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Angaben zur Bedarfsmedikation mit der Bedarfsindikation sowie Angaben zur Einzel- und zur Tageshöchstdosis sind dokumentiert.

	ja	nein	tnz
10.5 (T26) Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
10.6 Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Bewohner angetroffen	
a.	<input type="radio"/> liegend <input checked="" type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend
b.	<input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

Der Bewohner wird mit Tageskleidung bekleidet in seinem Zimmer angetroffen.
Er sitzt in einem Elektrorollstuhl, den er mit der rechten Hand steuern kann.
Der Bewohner erwartet den angekündigten Gutachter bereits.
Der Bewohner begrüßt den Gutachter freundlich und ist mit der Bewohnervisite einverstanden.
Ein Gespräch ist ohne Einschränkungen möglich.
Der Bewohner führt während der Visite stetige Bewegungen mit dem linken Arm durch.

Der Bewohner erklärt, dass sich der Wetterumschwung und die feuchte Luft negativ auf sein Befinden auswirken.

Der Bewohner ist zur Person, zum Ort, zur Zeit und zur Situation orientiert.

Der Bewohner kann Wünsche und Bedürfnisse äußern und die Klingel erreichen und bedienen.

In der Biografie sind Vorlieben im Bereich der Aktivitäten und der sozialen Kontakte beschrieben.

Der Bewohner unternimmt mit seinen Angehörigen häufig Ausflüge außerhalb der Einrichtung.

Der Bewohner nimmt unter anderem aktiv an folgenden Gemeinschaftsaktivitäten, welche seinem Interesse entsprechen, teil:

- Gedächtnistraining
- Lesen/Vorlesen
- Malen
- Bewegungsübungen

Die Teilnahme an den Angeboten ist geplant.

Die Durchführung und die Ergebnisse sind dokumentiert.

Die Anerkennung nach § 87b SGB XI liegt nicht vor.

Der Bewohner erhält regelmäßig Besuch von Angehörigen und Bekannten.

	ja	nein
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der Bewohner kann mit beiden Händen tagesformabhängig zielgerichtet greifen und beide Hände auf Mundhöhe anheben.

Oftmals ist der Bewohner aufgrund von einschließende Spastiken oder unkontrollierten Bewegungen nicht in der Lage zu greifen.

Der Bewohner kann nicht frei sitzen.

Der Bewohner sitzt im Elektrorollstuhl. Er kann seine Körperspannung im Sitzen über einen längeren Zeitraum halten.

Der Bewohner kann nicht selbstständig aufstehen.

Der Bewohner benötigt personelle Hilfe zum Aufstehen.

Bei Transfers werden die individuellen Fähigkeiten des Bewohners berücksichtigt.

Die Transfers werden mit einem Personenstehlift durchgeführt.

Der Bewohner kann nicht frei stehen.

Der Bewohner kann zeitweise mit Halten am Mobiliar und zusätzlicher personeller Hilfe stehen.

Der Bewohner kann nicht selbstständig gehen.

Der Bewohner kann je nach Tagesform im Rahmen der Physiotherapie kurze Strecken am Gehbock gehen.

Der Bewohner fährt in seinem Elektrorollstuhl selbstständig.

Der Bewohner kann selbstständig seine Lage im Bett umfänglich verändern.

Die Ursachen der Bewegungseinschränkung sind bekannt und dokumentiert.
(fehlende Muskelkraft, Veränderung des Muskeltonus, Tetraparese)

Der Bewohner hat Bewegungseinschränkungen in der rechten und linken Schulter, im rechten und linken Ellenbogen, im rechten und linken Handgelenk und in den Fingergelenken beider Hände.

Der Bewohner hat Bewegungseinschränkungen im rechten und linken Hüftgelenk, im rechten und linken Kniegelenk und im rechten und linken Sprunggelenk.

Die Bettseitenteile werden beidseits, nachvollziehbar auf Wunsch des Bewohners, zu den Liegezeiten, nach oben gestellt.

Der Bewohner fühlt sich so sicherer und nutzt die Bettseitenteile zur Mobilitätsförderung.

	ja	nein
11.3 Liegt ein Sturzrisiko vor?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen	

	ja	nein
11.4 (T18) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?		<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Punkte: 16	nach:	von:	
	<input type="radio"/> Norton	<input type="checkbox"/> Gutachter erhoben	
	<input checked="" type="radio"/> Braden	<input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen	
	<input type="radio"/> sonstige		

Die Druckentlastung wird durch regelmäßige Mobilisation und Positionswechsel gewährleistet und dokumentiert.

Der Bewohner verbringt die Mittagsruhe im Bett.

Die Inaugenscheinnahme der prädisponierten Hautareale findet regelmäßig statt.

	ja	nein
11.7 (T1) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
11.8 (T2) Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	10.11.2014		
	kg	93,20		
b. Aktuelle Größe	150 cm			
c. BMI	41,42 kg/m ²			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs				

Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten

12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Für den Bewohner liegt ein aktuelles Screening-Ergebnis zu seiner Ernährungssituation vor.
 Der Bewohner äußert sich, wenn er Hunger hat.
 Der Bewohner kann meist selbstständig essen, wenn ihm die Mahlzeiten mundgerecht zubereitet werden.
 Zeitweise muss dem Bewohner das Essen gereicht werden.
 Die individuellen Essgewohnheiten sind ermittelt und dokumentiert.
 Die individuellen Essgewohnheiten werden berücksichtigt.

12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Der Bewohner äußert sich, wenn er Durst hat.
 Der Bewohner kann selbstständig trinken, wenn ihm ein Getränk bereitgestellt wird.
 Der Bewohner trinkt mit einem Trinkhalm
 Die individuellen Trinkgewohnheiten sind ermittelt und dokumentiert.
 Die individuellen Trinkgewohnheiten werden berücksichtigt.

	ja nein
12.5 (T7) Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
12.6 Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung (T10) erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein tnz
12.7 (T8) Werden bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein tnz
12.8 Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der (T11) selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
12.9 Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der	

(T9) Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
12.10 (T12) Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 13 Urininkontinenz

13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input type="checkbox"/> offen <input checked="" type="checkbox"/> geschlossen
13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Der Bewohner ist harninkontinent. Er benötigt Unterstützung beim Gang zur Toilette. Er meldet sich meist, wenn er zur Toilette muss. Der Bewohner trägt auf eigenen Wunsch einen Inkontinenzslip. Die Pflegekräfte unterstützen den Bewohner beim Wechsel des Inkontinenzslip (abhängig kompensierte Inkontinenz).

	ja nein tnz
13.3 (T16) Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die individuellen Risiken und Ressourcen erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
13.4 (T17) Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 14 Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

14.1 Orientierung und Kommunikation	
a. sinnvolles Gespräch möglich	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Kapitel 15 Körperpflege

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut
Beschreibung
(Beschreibung nicht erforderlich)

a. normal

Die sichtbare Haut ist intakt und gepflegt.

Der Bewohner möchte seine von der Kleidung bedeckte Haut nicht zeigen.

Der Bewohner wird zur täglichen Grundpflege an das Waschbecken mobilisiert.

Der Bewohner wäscht sein Gesicht selbst.

Die Körperpflege wird vom Pflegepersonal nach seinen Bedürfnissen und Gewohnheiten übernommen.

Die Fingernägel sind gepflegt.

	ja	nein	tnz
15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? (T29)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15.3 Mundzustand / Zähne

Die Lippen sind gepflegt.

Die sichtbaren Zähne sind gepflegt.

Die Zunge ist nicht belegt.

Die sichtbare Mundschleimhaut ist feucht und frei von Belägen.

Der Bewohner erhält bei der Mundpflege am Waschbecken assistive Unterstützung.

	ja	nein	tnz
15.4 Wird die erforderliche Mund- und Zahnpflege den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt? (T30)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	ja	nein
16.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
16.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften (T31) durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
16.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 17 Sonstiges

Bewohner 4

	ja	nein
17.1 Besteht ein kritisches Ereignis?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

P5

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:			141112VS18102100-000120673		
Datum	12.11.2014	Uhrzeit	13:16	Nummer Erhebungsbogen	P5

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P5
b. Pflegekasse	Barmer
c. Pflege- / Wohnbereich	.
d. Geburtsdatum	1936
e. Einzugsdatum	15.09.2008
f. Aktuelle pflegerrelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Morbus Parkinson mit Tiefenhirnstimulation, lumbale Spinalkanalstenose, depressive zunehmende Verwirrtheit
g. Pflegestufe <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input checked="" type="radio"/> III <input type="radio"/> Härtefall <input type="radio"/> nicht pflegebedürftig <input type="radio"/> noch nicht eingestuft	
h. Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Jutta Maus
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	Altenpflegefachkraft
c. Name des Mitarbeiters	M1
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	keine

Kapitel 10 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen (T23) Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T24) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der Bewohner erhält regelmäßig Medikamente.

Die ärztlich verordneten Medikamente sind fach- und sachgerecht, mit Angabe zur

Applikationsform, mit dem vollständigen Medikamentennamen, mit der Dosierung und Häufigkeit, sowie mit der tageszeitlichen Zuordnung der Medikamentengabe dokumentiert. Die Medikamentengaben sind von Pflegefachkräften korrekt abgezeichnet.

	ja	nein	tnz
10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen (T25) Anordnung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Angaben zur Bedarfsmedikation mit der Bedarfsindikation sowie Angaben zur Einzel- und zur Tageshöchstdosis sind dokumentiert.

	ja	nein	tnz
10.5 Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? (T26)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
10.6 Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Bewohner angetroffen
a. <input checked="" type="radio"/> liegend <input type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

Der Bewohner wird mit Tageskleidung bekleidet in seinem Zimmer angetroffen. Er liegt auf dem Bett und ruht sich aus. Der Bewohner ist wach und nimmt mit dem Gutachter sogleich Kontakt auf. Er begrüßt diesen freundlich und ist mit der Bewohnervisite einverstanden.

Ein Gespräch ist bedingt möglich. Der Bewohner kann einfache Fragen zum Alltagsgeschehen zumeist passend beantworten.

Der Bewohner ist zur Person orientiert. Zum Ort, zur Zeit und zur Situation ist er zumeist nicht orientiert.

Der Bewohner kann Wünsche und Bedürfnisse äußern.

Der Bewohner kann die Klingel zumeist nicht zielgerichtet bedienen.

In der Biografie sind Vorlieben im Bereich der Aktivitäten und der sozialen Kontakte beschrieben.

Der Bewohner nimmt unter anderem aktiv oder passiv an folgenden Gemeinschaftsaktivitäten, welche seinem Interesse entsprechen, teil:

- Gedächtnistraining
- Gymnastik zur Sturzprophylaxe
- Spazierfahrten im Rollstuhl
- Gesellschaftsspiele
- Vorlesen
- Biografische Gespräche

Die Teilnahme an den Angeboten ist geplant.

Die Durchführung und die Ergebnisse sind dokumentiert.

Die Anerkennung nach § 87b SGB XI liegt nicht vor.

Der Bewohner erhält regelmäßig Besuch von Angehörigen.

--	--

	ja nein
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	● ○

Der Bewohner kann mit beiden Händen zielgerichtet greifen und kann beide Hände auf Mundhöhe anheben.

Der Bewohner sitzt im Rollstuhl. Er kann seine Körperspannung im Sitzen über einen längeren Zeitraum halten.

Der Bewohner benötigt personelle Hilfe zum Aufstehen.

Er steht manchmal auch selbstständig auf, stürzt dann jedoch.

Der Bewohner kann mit personeller Hilfe oder dem Festhalten am Mobiliar stehen.

Der Bewohner kann ausschließlich zum Transfer wenige Schritte mit personeller Unterstützung gehen.

Der Bewohner sitzt im Rollstuhl und fährt diesen selbstständig mit Trippelschritten.

Der Bewohner kann selbstständig seine Lage im Bett umfänglich verändern.

Die Ursachen der Bewegungseinschränkung sind bekannt und dokumentiert.

Der Bewohner hat leichte Bewegungseinschränkungen in der rechten und linken Schulter, im rechten und linken Ellenbogen, im rechten und linken Handgelenk und in den Fingergelenken beider Hände.

Der Bewohner hat Bewegungseinschränkungen im rechten und linken Hüftgelenk, im rechten und linken Kniegelenk und im rechten und linken Sprunggelenk.

	ja nein
11.3 Liegt ein Sturzrisiko vor?	● ○
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Eine individuelle Maßnahmenplanung zur Sturzprophylaxe entsprechend dem individuellen Sturzrisiko des Bewohners liegt vor.

Der Bewohner ist zu dem Sturzrisiko beraten und geschult worden.

Der Bewohner wird öfter am Tag daran erinnert, dass er für den Transfer aus dem Rollstuhl personelle Unterstützung benötigt.

Der Bewohner nimmt an der angebotenen Gymnastik zur Sturzprophylaxe teil.

Der Bewohner trägt geschlossene Schuhe.

In der Nacht ist ein Nachtlicht angeschaltet.

Die Nachttischlampe ist für ihn erreichbar.

Der Bewohner ist in den letzten sechs Monaten viermal gestürzt.

Sturz 1

Am 11.06.2014 um 11:00 Uhr ist der Bewohner im Speisesaal gestürzt. Er wollte alleine aus dem Rollstuhl aufzustehen. Der Sturzhergang konnte nicht beobachtet werden.

Sturz 2

Am 16.07.2014 um 09:30 Uhr ist der Bewohner auf der Terrasse bei dem Versuch aufzustehen, aus dem Rollstuhl geglitten. Der Sturzhergang konnte nicht beobachtet werden.

Sturz 3

Am 17.07.2014 um 11:30 Uhr saß der Bewohner auf der Toilette und versuchte alleine aufzustehen. Dabei stürzte er zu Boden. Der Sturzhergang konnte nicht beobachtet werden.

Sturz 4

Am 24.10.2014 um 10:15 Uhr ist der Bewohner aus dem Rollstuhl aufgestanden. Die Bremsen waren nicht festgestellt. Er stürzte zu Boden. Der Sturzhergang konnte nicht beobachtet werden.

Der Bewohner hat bei den Stürzen keine gravierenden Folgen, z.B. Verletzungen die ärztlich

versorgt werden müssen, davongetragen.

Die Sturzprotokolle wurden ausgewertet. Die Maßnahmen zur Sturzprophylaxe wurden überprüft und angepasst.

	ja nein
11.4 (T18) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein tnz
11.5 Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko (T19) erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Punkte: 15	nach: <input type="radio"/> Norton <input checked="" type="radio"/> Braden <input type="radio"/> sonstige
	von: <input type="checkbox"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

	ja nein
11.7 (T1) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	10.11.2014		
	kg	61,00		
b. Aktuelle Größe	153 cm			
c. BMI	26,06 kg/m ²			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Der Bewohner äußert sich, wenn er Hunger hat.

Der Bewohner kann selbstständig essen, wenn ihm die Mahlzeiten mundgerecht zubereitet werden. Bei Bedarf erhält der Bewohner Unterstützung

Die individuellen Essgewohnheiten sind ermittelt und dokumentiert.

12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Der Bewohner äußert sich, wenn er Durst hat.
 Der Bewohner kann selbstständig trinken, wenn ihm ein Getränk bereitgestellt wird.
 Der Bewohner muss zum Trinken motiviert werden.
 Die individuellen Trinkgewohnheiten sind ermittelt und dokumentiert.

	ja	nein
12.5 (T7) Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.6 Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung (T10) erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.7 (T8) Werden bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.8 Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der (T11) selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.9 (T9) Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.10 (T12) Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 13 Urininkontinenz

13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenz- produkten	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen

13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Der Bewohner ist harninkontinent. Er benötigt Unterstützung beim Gang zur Toilette. Der Bewohner trägt eine Inkontinenzvorlage. Die Pflegekräfte übernehmen bei dem Bewohner den Wechsel der Inkontinenzvorlage (abhängig kompensierte Inkontinenz).

		ja	nein	tnz
13.3 (T16)	Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die individuellen Risiken und Ressourcen erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		ja	nein	tnz
13.4 (T17)	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 14 Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

14.1 Orientierung und Kommunikation			
a.	sinnvolles Gespräch möglich	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

		ja	nein	tnz
14.2 (T33)	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		ja	nein	tnz
14.3 (T34)	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und sozialen Betreuung einbezogen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		ja	nein	tnz
14.4 (T35)	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		ja	nein	tnz
14.5 (T40)	Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		ja	nein	tnz
14.6 (T36)	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 15 Körperpflege

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut	
Beschreibung	
a.	(Beschreibung nicht erforderlich)

<input checked="" type="checkbox"/> normal
--

Die Haut ist intakt und gepflegt.

Die Körperpflege wird vom Pflegepersonal nach seinen Bedürfnissen und Gewohnheiten übernommen.

Die Finger- und Zehennägel sind gepflegt.

Die Zehenzwischenräume sind sauber.

	ja	nein	tnz
15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? (T29)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15.3 Mundzustand / Zähne

Die Lippen sind gepflegt.

Die sichtbaren Zahnteilprothesen sind gepflegt.

Die Zunge ist nicht belegt.

Die sichtbare Mundschleimhaut ist feucht und frei von Belägen.

Die Mundpflege wird vom Pflegepersonal nach seinen Bedürfnissen und Gewohnheiten übernommen.

	ja	nein	tnz
15.4 Wird die erforderliche Mund- und Zahnpflege den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt? (T30)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	ja	nein
16.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
16.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften (T31) durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
16.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 17 Sonstiges

Bewohner 5

	ja	nein
17.1 Besteht ein kritisches Ereignis?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

P6

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:			141112VS18102100-000120673		
Datum	12.11.2014	Uhrzeit	13:51	Nummer Erhebungsbogen	P6

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P6
b. Pflegekasse	KKH Allianz
c. Pflege- / Wohnbereich	.
d. Geburtsdatum	1923
e. Einzugsdatum	28.01.2014
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz, Zustand nach Rückenwirbelfraktur
g. Pflegestufe <input checked="" type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> Härtefall <input type="radio"/> nicht pflegebedürftig <input type="radio"/> noch nicht eingestuft	
h. Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Andrea Kühn
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft/Krankenschwester
c. Name des Mitarbeiters	M2
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	keine

Kapitel 10 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen (T23) Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T24) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der Bewohner erhält regelmäßig Medikamente.

Die ärztlich verordneten Medikamente sind fach- und sachgerecht, mit Angabe zur Applikationsform, mit dem vollständigen Medikamentennamen, mit der Dosierung und Häufigkeit, sowie mit der tageszeitlichen Zuordnung der Medikamentengabe dokumentiert. Die Medikamentengaben sind von Pflegefachkräften korrekt abgezeichnet.

	ja	nein	tnz
10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen (T25) Anordnung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Angaben zur Bedarfsmedikation mit der Bedarfsindikation sowie Angaben zur Einzel- und zur Tageshöchstdosis sind dokumentiert.

	ja	nein	tnz
10.5 (T26) Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
10.6 Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Bewohner angetroffen
a. <input type="radio"/> liegend <input type="radio"/> sitzend <input checked="" type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

Der Bewohner wird mit Tageskleidung bekleidet auf dem Flur des Wohnbereiches angetroffen.

Der Bewohner geht an seinem Rollator auf dem Wohnbereich spazieren.

Der Bewohner begrüßt den Gutachter freundlich und ist mit der Bewohnervisite einverstanden.

Er geht mit zügigen Schritten an seinem Rollator in sein Zimmer voraus.

Ein Gespräch ist gut möglich.

Der Bewohner hört etwas schlecht. Bei lauter Ansprache versteht er den Gutachter und beantwortet wenige geschlossene Fragen zum Alltagsgeschehen adäquat.

Der Bewohner beendet die Visite recht schnell und möchte seinen Spaziergang fortsetzen.

Der Bewohner ist zur Person und zum Ort wenig orientiert.

Zur Zeit und zur Situation ist der Bewohner nicht orientiert.

Der Bewohner kann Wünsche und Bedürfnisse äußern und die Klingel erreichen und bedienen.

In der Biografie sind Vorlieben im Bereich der Aktivitäten und der sozialen Kontakte beschrieben.

Der Bewohner nimmt unter anderem aktiv an folgenden Gemeinschaftsaktivitäten teil:

- Feste und Feiern

- Gottesdienst

Die Teilnahme an den Angeboten ist geplant.

Die Durchführung und die Ergebnisse sind dokumentiert.

Der Bewohner nimmt nur unregelmäßig an den Betreuungsangeboten des Wohnbereiches teil. Er bleibt manchmal auch nur kurz und geht dann wieder auf dem Wohnbereich spazieren.

Die Anerkennung nach § 87b SGB XI liegt vor.

Der Bewohner nimmt unter anderem regelmäßig an folgenden Angeboten nach § 87b SGB XI teil:

- Singen

- Gespräche auf dem Flur

Die Teilnahme an den Angeboten ist geplant.

Die Durchführung und die Ergebnisse sind dokumentiert.

Der Bewohner erhält regelmäßig Besuch von Angehörigen.

	ja nein
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Der Bewohner kann mit beiden Händen zielgerichtet greifen und beide Hände auf Mundhöhe anheben.

Der Bewohner kann frei sitzen.

Der Bewohner kann selbstständig aufstehen und kurz frei stehen.

Der Bewohner kann mit Halten am Mobiliar oder mit Hilfe des Rollators eigenständig stehen und gehen.

Der Bewohner kann selbstständig seine Lage im Bett umfänglich verändern.

	ja nein
11.3 Liegt ein Sturzrisiko vor?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
Von: <input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen	

Eine individuelle Maßnahmenplanung zur Sturzprophylaxe entsprechend dem individuellen Sturzrisiko des Bewohners liegt vor.

Der Bewohner trägt Schuhe mit Fersensicherung.

Der Bewohner geht zuverlässig an seinem Rollator.

In der Nacht ist ein Nachtlicht angeschaltet.

Die Klingel ist für ihn erreichbar.

Der Bewohner ist in den letzten sechs Monaten nicht gestürzt.

	ja nein
11.4 (T18) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein tnz
11.5 (T19) Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Punkte: 20	nach: <input type="radio"/> Norton <input checked="" type="radio"/> Braden <input type="radio"/> sonstige
	von: <input type="checkbox"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

	ja nein
11.7 (T1) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	10.11.2014	06.08.2014	
	kg	37,00	35,70	
b. Aktuelle Größe	148 cm			
c. BMI	16,89 kg/m ²			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input checked="" type="radio"/> zugenommen <input type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?		<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen		

Für den Bewohner liegt ein aktuelles Screening-Ergebnis zu seiner Ernährungssituation vor. Der Bewohner äußert sich, wenn er Hunger hat. Der Bewohner kann selbstständig essen, wenn ihm die Mahlzeiten mundgerecht zubereitet werden. Der Bewohner hat einen sehr großen Bewegungsdrang. Ihm werden immer wieder seinen Vorlieben entsprechende kleine Zwischenmahlzeiten angeboten. Die individuellen Essgewohnheiten sind ermittelt und dokumentiert. Die individuellen Essgewohnheiten werden berücksichtigt.

12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?		<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen		

Der Bewohner äußert sich, wenn er Durst hat. Der Bewohner kann selbstständig trinken, wenn ihm ein Getränk bereitgestellt wird. Die individuellen Trinkgewohnheiten sind ermittelt und dokumentiert. Die individuellen Trinkgewohnheiten werden berücksichtigt.

	ja	nein
12.5 (T7) Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.6 (T10) Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.7 (T8) Werden bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.8 (T11) Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.9 (T9) Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.10 (T12) Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 13 Urininkontinenz

13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen

13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Der Bewohner ist harninkontinent. Er sucht selbstständig die Toilette auf, erreicht diese aber nicht immer rechtzeitig. Der Bewohner trägt eine Inkontinenzvorlage und wechselt diese selbstständig (unabhängig kompensierte Inkontinenz).

	ja	nein	tnz
13.3 (T16) Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die individuellen Risiken und Ressourcen erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 14 Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

14.1 Orientierung und Kommunikation		
a. sinnvolles Gespräch möglich	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="radio"/> ja	<input checked="" type="radio"/> nein

	ja	nein	tnz
--	----	------	-----

14.2 (T33)	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.3 (T34)	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und sozialen Betreuung einbezogen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.4 (T35)	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.5 (T40)	Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.6 (T36)	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 15 Körperpflege

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut	
	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)

Die sichtbare Haut ist intakt und gepflegt.
 Der Bewohner bricht die Visite nach kurzer Zeit ab und möchte seine Haut nicht zeigen.
 Der Bewohner wird zur täglichen Grundpflege an das Waschbecken mobilisiert.
 Der Bewohner wäscht sein Gesicht und den vorderen Oberkörper selbst.
 Die weitere Körperpflege wird vom Pflegepersonal nach seinen Bedürfnissen und Gewohnheiten übernommen.
 Die Fingernägel sind gepflegt.

15.2 (T29)	Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---------------	---	----------------------------------	-----------------------	-----------------------

15.3 Mundzustand / Zähne

Die Lippen sind gepflegt.
 Die sichtbaren Zahnprothesen sind gepflegt.
 Die Zunge ist nicht belegt.
 Die sichtbare Mundschleimhaut ist feucht und frei von Belägen.
 Der Bewohner führt die Mundpflege selbstständig nach seinen Gewohnheiten am Waschbecken aus.

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	ja	nein
16.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ja	nein
16.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften (T31) durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ja	nein
16.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 17 Sonstiges**Bewohner 6**

	ja	nein
17.1 Besteht ein kritisches Ereignis?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

P7**Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner**

9.1 Auftragsnummer:	141112VS18102100-000120673				
Datum	12.11.2014	Uhrzeit	10:58	Nummer Erhebungsbogen	P7

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P7
b. Pflegekasse	AOK
c. Pflege- / Wohnbereich	.
d. Geburtsdatum	1924
e. Einzugsdatum	13.12.2011
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz, periphere arterielle Verschlusskrankheit, Oberschenkelamputation rechts, insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2, Rechtsherzinsuffizienz
g. Pflegestufe <input type="radio"/> I <input checked="" type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> Härtefall <input type="radio"/> nicht pflegebedürftig <input type="radio"/> noch nicht eingestuft	
h. Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation
--------------------------	---------------------

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Andrea Kühn
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft/Krankenschwester
c. Name des Mitarbeiters	M2
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	keine

Kapitel 10 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen (T23) Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T24) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der Bewohner erhält regelmäßig Medikamente.

Die ärztlich verordneten Medikamente sind fach- und sachgerecht, mit Angabe zur Applikationsform, mit dem vollständigen Medikamentennamen, mit der Dosierung und Häufigkeit, sowie mit der tageszeitlichen Zuordnung der Medikamentengabe dokumentiert. Die Medikamentengaben sind von Pflegefachkräften korrekt abgezeichnet.

	ja	nein	tnz
10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen (T25) Anordnung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Angaben zur Bedarfsmedikation mit der Bedarfsindikation sowie Angaben zur Einzel- und zur Tageshöchstdosis sind dokumentiert.

	ja	nein	tnz
10.5 Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? (T26)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
10.6 Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja:		
<input type="checkbox"/> akute Schmerzen		
<input checked="" type="checkbox"/> chronische Schmerzen		
Von:		
<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt		
<input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen		

Der Bewohner leidet an chronischen Phantomschmerzen nach Oberschenkelamputation rechts.

Die Schmerzintensität wurde eingeschätzt.

Nach ärztlicher Verordnung erhält er das Medikament Tramadol dreimal täglich 15 Tropfen. Durch diese Medikation ist der Bewohner in der Regel schmerzfrei. Dies geht aus dem Verlaufsbericht hervor.

Bei Bedarf kann der Bewohner zusätzlich 20 Tropfen Novaminsulfon 500 mg bis zu viermal in 24 Stunden erhalten.

	ja	nein	tnz
10.7 (T13) Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.8 Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei (T14) Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.9 Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich (T15) verordneten Medikamente?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Bewohner angetroffen
a. <input type="radio"/> liegend <input checked="" type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

Der Bewohner wird mit Tageskleidung bekleidet im Aufenthaltsraum des Wohnbereiches angetroffen. Der Bewohner sitzt in einem Rollstuhl und nimmt an einem Beschäftigungsangebot teil. Das linke Bein ist auf der Fußstütze des Rollstuhls abgestellt.

Der Bewohner wird von der begleitenden Pflegefachkraft in sein Zimmer gefahren.

Der Bewohner begrüßt den Gutachter freundlich und ist mit der Bewohnervisite einverstanden. Ein Gespräch ist gut möglich.

Der Bewohner ist sehr weinerlich. Er kann sich das Weinen aber selbst nicht erklären. Er beantwortet wenige geschlossenen Fragen zum Alltag adäquat.

Der Bewohner ist zur Person und zum Ort zum Teil orientiert.

Zur Zeit und zur Situation ist der Bewohner nicht orientiert.

Der Bewohner kann Wünsche und Bedürfnisse tagesformabhängig äußern.

Der Bewohner kann die Klingel erreichen jedoch aufgrund seiner kognitiven Einschränkungen nicht bedienen.

In der Biografie sind Vorlieben im Bereich der Aktivitäten und der sozialen Kontakte beschrieben.

Der Bewohner nimmt unter anderem je nach Tagesform aktiv /passiv an folgenden Gemeinschaftsaktivitäten teil:

- Malen
- Basteln
- Gottesdienst

Die Teilnahme an den Angeboten ist geplant.

Die Durchführung und die Ergebnisse sind dokumentiert.

Die Anerkennung nach § 87b SGB XI liegt vor.

Der Bewohner nimmt unter anderem regelmäßig an folgenden Angeboten nach § 87b SGB XI teil:

- Kreatives Gestalten
- Erinnerungsarbeit
- Bewegungsübungen

- Vorlesen

- Gedächtnistraining

Die Teilnahme an den Angeboten ist geplant.

Die Durchführung und die Ergebnisse sind dokumentiert.

Der Bewohner erhält regelmäßig Besuch von Angehörigen und Bekannten.

	ja	nein
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der Bewohner kann meist mit beiden Händen zielgerichtet greifen.

Der Bewohner kann meist beide Hände auf Mundhöhe anheben.

Tagesformabhängig kann der Bewohner das Greifen oder Bewegen der Arme kognitiv nicht umsetzen.

Der Bewohner kann nicht frei sitzen.

Der Bewohner sitzt im Rollstuhl. Er kann seine Körperspannung im Sitzen über einen längeren Zeitraum halten.

Der Bewohner kann nicht selbstständig aufstehen.

Der Bewohner benötigt personelle Hilfe zum Aufstehen.

Bei Transfers werden die individuellen Fähigkeiten des Bewohners berücksichtigt.

Transfers werden mit einem Rutschbrett oder einem Personenhebelifter durchgeführt.

Der Bewohner kann nicht stehen und nicht gehen.

Der Bewohner wird im Rollstuhl gefahren.

Der Bewohner kann selbstständig seine Lage im Bett nicht umfänglich verändern.

Die Lage des Bewohners wird regelmäßig mit Lagerungskissen unterstützt.

Die Ursachen der Bewegungseinschränkung sind bekannt und dokumentiert.

(Kognitive Einschränkungen, Oberschenkelamputation)

Der Bewohner hat Bewegungseinschränkungen in der rechten und linken Schulter, im rechten und linken Ellenbogen, im rechten und linken Handgelenk und in den Fingergelenken beider Hände.

Der Bewohner hat Bewegungseinschränkungen im rechten und linken Hüftgelenk, im linken Kniegelenk und im linken Sprunggelenk.

Der Bewohner hat in beiden Armen und dem linken Bein Muskelatrophien.

	ja	nein
11.3 Liegt ein Sturzrisiko vor?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen	

	ja	nein
11.4 (T18) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Punkte: 13	nach:	von:

<input type="radio"/> Norton <input checked="" type="radio"/> Braden <input type="radio"/> sonstige	<input type="checkbox"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen
---	--

Die Druckentlastung wird durch regelmäßige Mobilisation und Umlagerung gewährleistet und dokumentiert.

Lagerungshilfsmittel werden eingesetzt, dabei werden die individuellen Möglichkeiten und Vorlieben weitgehend berücksichtigt.

Die Druckverteilung wird mit einer Weichlagerungsmatratze und einem Antidekubitussitzkissen unterstützt.

Die Inaugenscheinnahme der prädisponierten Hautareale findet regelmäßig statt.

	ja	nein
11.7 (T1) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
11.8 (T2) Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	14.10.2014		
	kg	54,60		
b. Aktuelle Größe	159 cm			
c. BMI	21,6 kg/m ²			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen			
	<input checked="" type="radio"/> konstant			
	<input type="radio"/> relevante Abnahme			
	<input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig			
	<input type="checkbox"/> konzentrierter Urin			
	<input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute			
	<input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

Der o.g. BMI wird edv-technisch automatisch errechnet. Hierbei wird ein Bewohner ohne Amputation von Gliedmaßen zugrunde gelegt.

Der rechte Oberschenkel des Bewohners ist amputiert. Dies entspricht ca. 17 % weniger an Körpergewicht.

12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen	

Der Bewohner äußert sich zeitweise wenn er Hunger hat.
 Der Bewohner kann zeitweise selbstständig essen, wenn ihm die Mahlzeiten mundgerecht zubereitet werden.
 Zeitweise muss der Bewohner zum Essen angeleitet werden, oder das Essen muss ihm gereicht werden.
 Die individuellen Essgewohnheiten sind ermittelt und dokumentiert.
 Die individuellen Essgewohnheiten werden berücksichtigt.

12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Der Bewohner äußert sich, wenn er Durst hat.
 Der Bewohner kann meist selbstständig trinken, wenn ihm ein Getränk bereitgestellt wird.
 Selten muss dem Bewohner das Trinken gereicht werden.
 Die individuellen Trinkgewohnheiten sind ermittelt und dokumentiert.
 Die individuellen Trinkgewohnheiten werden berücksichtigt.

	ja nein
12.5 (T7) Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
12.6 Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung (T10) erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein tnz
12.7 (T8) Werden bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein tnz
12.8 Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der (T11) selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
12.9 (T9) Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
12.10 (T12) Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 13 Urininkontinenz

13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenz-	<input type="checkbox"/> offen <input checked="" type="checkbox"/> geschlossen

produkten	
-----------	--

13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Der Bewohner ist harninkontinent. Der Bewohner trägt einen Inkontinenzslip. Vorlagen entfernt der Bewohner. Die Pflegekräfte wechseln den Inkontinenzslip nach Bedarf (abhängig kompensierte Inkontinenz).

	ja	nein	tnz
13.3 (T16) Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die individuellen Risiken und Ressourcen erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
13.4 (T17) Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 14 Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

14.1 Orientierung und Kommunikation	
a. sinnvolles Gespräch möglich	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein

	ja	nein	tnz
14.2 (T33) Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.3 (T34) Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und sozialen Betreuung einbezogen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.4 (T35) Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.5 (T40) Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.6 (T36) Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 15 Körperpflege

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut	
	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)

Die Haut ist intakt und gepflegt.

Die Körperpflege wird vom Pflegepersonal nach seinen Bedürfnissen und Gewohnheiten übernommen.

Die Finger- und Zehennägel sind gepflegt.

Die Zehenzwischenräume sind sauber.

	ja	nein	tnz
15.2 (T29) Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15.3 Mundzustand / Zähne

Die Lippen sind gepflegt.

Die sichtbaren Zahnprothesen sind gepflegt.

Die Zunge ist nicht belegt.

Die sichtbare Mundschleimhaut ist feucht und frei von Belägen.

Die Mundpflege wird vom Pflegepersonal nach seinen Bedürfnissen und Gewohnheiten übernommen.

	ja	nein	tnz
15.4 (T30) Wird die erforderliche Mund- und Zahnpflege den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	ja	nein
16.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
16.4 (T31) Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
16.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 17 Sonstiges

Bewohner 7

	ja	nein
17.1 Besteht ein kritisches Ereignis?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

P8

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:			141112VS18102100-000120673		
Datum	12.11.2014	Uhrzeit	10:03	Nummer Erhebungsbogen	P8

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P8
b. Pflegekasse	Barmer GEK
c. Pflege- / Wohnbereich	.
d. Geburtsdatum	1922
e. Einzugsdatum	22.03.2006
f. Aktuelle pflegerrelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz, Myocardinfarkt, Koronare Herzerkrankung, Parkinsonsyndrom, Depression
g. Pflegestufe <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input checked="" type="radio"/> III <input type="radio"/> Härtefall <input type="radio"/> nicht pflegebedürftig <input type="radio"/> noch nicht eingestuft	
h. Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Andrea Kühn
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft/Krankenschwester
c. Name des Mitarbeiters	M2
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	keine

Kapitel 10 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen (T23) Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen			

(T24) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---------------------------	----------------------------------	-----------------------	-----------------------

Der Bewohner erhält regelmäßig Medikamente.
Die ärztlich verordneten Medikamente sind fach- und sachgerecht, mit Angabe zur Applikationsform, mit dem vollständigen Medikamentennamen, mit der Dosierung und Häufigkeit, sowie mit der tageszeitlichen Zuordnung der Medikamentengabe dokumentiert. Die Medikamentengaben sind von Pflegefachkräften korrekt abgezeichnet.

	ja	nein	tnz
10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen (T25) Anordnung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Angaben zur Bedarfsmedikation mit der Bedarfsindikation sowie Angaben zur Einzel- und zur Tageshöchstdosis sind dokumentiert.

	ja	nein	tnz
10.5 Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? (T26)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
10.6 Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja:		
<input type="checkbox"/> akute Schmerzen		
<input checked="" type="checkbox"/> chronische Schmerzen		
Von:		
<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt		
<input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen		

Der Bewohner hat chronische Schmerzen die aufgrund seiner kognitiven Einschränkungen nicht lokalisiert werden können.

Die daraus resultierenden Beeinträchtigungen, wie eine eingeschränkte Beweglichkeit sind beschrieben.

Die Schmerzintensität wurde eingeschätzt.

Nach ärztlicher Verordnung erhält er das Transdermalpflaster Fentanyl 12 µg/h alle 72 Stunden.

Durch diese Medikation ist der Bewohner in der Regel schmerzfrei. Dies geht aus dem Verlaufsbericht hervor.

Bei Bedarf kann der Bewohner zusätzlich 30 Tropfen Novaminsulfon bis zu dreimal in 24 Stunden erhalten.

	ja	nein	tnz
10.7 Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung? (T13)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.8 Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei (T14) Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.9 Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich (T15) verordneten Medikamente?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Bewohner angetroffen
a. <input type="radio"/> liegend <input checked="" type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

Der Bewohner wird mit Tageskleidung bekleidet im Aufenthaltsraum des Wohnbereiches angetroffen.

Er sitzt in einem Rollstuhl und schaut den Mitbewohnern beim Basteln zu.

Die Füße des Bewohners sind auf den Fußstützen des Rollstuhls abgestellt.

Der Bewohner begrüßt den Gutachter freundlich und ist mit der Bewohnervisite einverstanden.

Er wird von der begleitenden Pflegefachkraft in sein Zimmer gefahren.

Der Bewohner spricht in Lauten, die durch die begleitende Mimik und Gestik zum Teil verständlich sind.

Der Bewohner kann einfache geschlossene Fragen zum Alltagsgeschehen mit "Ja" oder "Nein" beantworten.

Nach einiger Zeit der Visite, fängt der Bewohner an zu schimpfen und zeigt mit seinem Arm ein Abwehrverhalten.

Die Visite wird beendet.

Der Bewohner ist zur Person, zum Ort, zur Zeit und zur Situation nicht vollständig orientiert.

Der Bewohner kann Wünsche und Bedürfnisse bedingt auf direkte Nachfrage äußern.

Der Bewohner kann die Klingel erreichen jedoch aufgrund seiner kognitiven Einschränkungen nicht bedienen.

In der Biografie sind Vorlieben im Bereich der Aktivitäten und der sozialen Kontakte beschrieben.

Der Bewohner nimmt unter anderem zum Teil aktiv und zum Teil passiv an folgenden Gemeinschaftsaktivitäten teil:

- Feste und Feiern
- Gottesdienst
- Singen

Die Teilnahme an den Angeboten ist geplant.

Die Durchführung und die Ergebnisse sind dokumentiert.

Die Anerkennung nach § 87b SGB XI liegt vor.

Der Bewohner nimmt unter anderem regelmäßig an folgenden Angeboten nach § 87b SGB XI teil:

- Vorlesen
- Basale Stimulation
- Zuschauen beim Basteln
- Singen
- Bewegungsübungen

Die Teilnahme an den Angeboten ist geplant.

Die Durchführung und die Ergebnisse sind dokumentiert.

Der Bewohner erhält regelmäßig Besuch von Bekannten.

	ja	nein
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der Bewohner kann mit beiden Händen zielgerichtet greifen und beide Hände auf Mundhöhe

anheben.

Der Bewohner kann nicht frei sitzen.
Der Bewohner sitzt im Rollstuhl.

Der Bewohner kann nicht selbstständig aufstehen.
Der Bewohner benötigt personelle Hilfe zum Aufstehen.
Bei Transfers werden die individuellen Fähigkeiten des Bewohners berücksichtigt.
Der kognitiv eingeschränkte Bewohner erhält neben verbalen auch taktile Informationen zum geplanten Bewegungsablauf.
Der Bewohner kann nicht frei stehen.
Der Bewohner kann ausschließlich zum Transfer mit personeller Unterstützung kurz stehen.

Der Bewohner wird im Rollstuhl gefahren.

Der Bewohner kann selbstständig seine Lage im Bett umfänglich verändern.

Die Ursachen der Bewegungseinschränkung sind bekannt und dokumentiert.
(fehlende Muskelkraft)

Der Bewohner hat Bewegungseinschränkungen in der rechten und linken Schulter, im rechten und linken Ellenbogen, im rechten und linken Handgelenk und in den Fingergelenken beider Hände.

Der Bewohner hat Bewegungseinschränkungen im rechten und linken Hüftgelenk, im rechten und linken Kniegelenk und im rechten und linken Sprunggelenk.

	ja	nein
11.3 Liegt ein Sturzrisiko vor?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen	

Eine individuelle Maßnahmenplanung zur Sturzprophylaxe entsprechend dem individuellen Sturzrisiko des Bewohners liegt vor.

Der Bewohner versucht zeitweise alleine aufzustehen oder ist sehr unruhig.

Der Bewohner trägt bei den Transfers geschlossene Schuhe.
Der Bewohner erhält die verordneten Schmerzmittel, damit er sich schmerzfrei und damit sicherer bewegen kann.

Zu den Ruhezeiten wird das Bett auf niedrigste Stufe gestellt und eine Matratze vor das Bett gelegt.

Beim Sitzen im Rollstuhl wird der Bewohner beaufsichtigt.

Der Bewohner ist in den letzten sechs Monaten, einmal am 21.06.2014 gestürzt.
Er ist in der Nacht aus dem Bett gefallen und auf der davor liegenden Matratze zum Liegen gekommen.

Der Bewohner hat keine gravierenden Folgen, z.B. Verletzungen die ärztlich versorgt werden müssen, davongetragen.
Das Sturzprotokoll wurde ausgewertet. Die Maßnahmen zur Sturzprophylaxe wurden überprüft.

	ja	nein
--	----	------

11.4 (T18) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
--	--

	ja	nein	tnz
11.5 (T19) Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Punkte: 15	nach: <input type="radio"/> Norton <input checked="" type="radio"/> Braden <input type="radio"/> sonstige
	von: <input type="checkbox"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Die Druckentlastung wird durch regelmäßige Mobilisation und Unterstützung bei der Lage zu den Ruhezeiten gewährleistet und dokumentiert.

Die Druckverteilung wird mit einer Weichlagerungsmatratze unterstützt.
Die Inaugenscheinnahme der prädisponierten Hautareale findet regelmäßig statt.

	ja	nein
11.7 (T1) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
11.8 (T2) Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	08.11.2014	04.08.2014	
	kg	36,30	35,10	
b. Aktuelle Größe	151 cm			
c. BMI	15,92 kg/m ²			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input checked="" type="radio"/> zugenommen <input type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt
<input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen |
|--|

Für den Bewohner liegt ein aktuelles Screening-Ergebnis zu seiner Ernährungssituation vor.
 Der Bewohner äußert sich, wenn er Hunger hat.
 Dem Bewohner werden täglich fünf bis sechs Mahlzeiten in pürierter Form gereicht.
 Die individuellen Essgewohnheiten sind ermittelt und dokumentiert.
 Die individuellen Essgewohnheiten werden berücksichtigt.

12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Der Bewohner äußert sich, wenn er Durst hat.
 Der Bewohner benötigt personelle Unterstützung beim Trinken.
 Der Bewohner muss zum Trinken motiviert werden.
 Die individuellen Trinkgewohnheiten sind ermittelt und dokumentiert.
 Die individuellen Trinkgewohnheiten werden berücksichtigt.
 Ein Trinkprotokoll wird geführt.
 Der Bewohner trinkt zwischen 700 ml und 950 ml Flüssigkeit in 24 Stunden.

Da bei dem Bewohner eine Aspirationsgefahr besteht, werden seine Getränke angedickt.
 Wenn der Bewohner im Bett liegt, wird sein Oberkörper zum Trinken hochgelagert.

	ja nein
12.5 (T7) Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
12.6 (T10) Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein tnz
12.7 (T8) Werden bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein tnz
12.8 (T11) Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
12.9 (T9) Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
12.10 (T12) Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 13 Urininkontinenz

13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenz- produkten	<input type="checkbox"/> offen <input checked="" type="checkbox"/> geschlossen

13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Der Bewohner ist harninkontinent. Der Bewohner trägt einen Inkontinenzslip. Vorlagen entfernt sich der Bewohner. Die Pflegekräfte wechseln den Inkontinenzslip nach Bedarf (abhängig kompensierte Inkontinenz).

	ja	nein	tnz
13.3 (T16) Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die individuellen Risiken und Ressourcen erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
13.4 (T17) Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 14 Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

14.1 Orientierung und Kommunikation	
a. sinnvolles Gespräch möglich	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein

	ja	nein	tnz
14.2 (T33) Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.3 (T34) Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und sozialen Betreuung einbezogen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.4 (T35) Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.5 (T40) Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		ja	nein	tnz
14.6 (T36)	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 15 Körperpflege

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut	
Beschreibung	
a.	<input checked="" type="checkbox"/> normal (Beschreibung nicht erforderlich)

Die sichtbare Haut ist intakt und gepflegt.

Der Bewohner möchte seine von der Kleidung verdeckte Haut nicht zeigen.

Die Körperpflege wird vom Pflegepersonal nach seinen Bedürfnissen und Gewohnheiten übernommen.

Der Bewohner wird einmal wöchentlich geduscht.

Die Fingernägel sind gepflegt.

		ja	nein	tnz
15.2 (T29)	Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15.3 Mundzustand / Zähne	
--------------------------	--

Die Lippen sind gepflegt.

Der Kiefer ist zahnlos

Die Mundpflege wird vom Pflegepersonal nach seinen Bedürfnissen und Gewohnheiten übernommen.

Der Bewohner möchte nicht, dass sein Mund mit einer Zahnbürste oder Mulläppchen gepflegt wird. Mundpflege ist überwiegend nur durch Trinken möglich.

		ja	nein	tnz
15.4 (T30)	Wird die erforderliche Mund- und Zahnpflege den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

		ja	nein
16.1	Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

		ja	nein
16.4 (T31)	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

		ja	nein
--	--	----	------

16.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
---	--

Kapitel 17 Sonstiges

Bewohner 8

	ja nein
17.1 Besteht ein kritisches Ereignis?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>

P9

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:			141112VS18102100-000120673		
Datum	12.11.2014	Uhrzeit	10:06	Nummer Erhebungsbogen	P9

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P9
b. Pflegekasse	AOK
c. Pflege- / Wohnbereich	.
d. Geburtsdatum	1919
e. Einzugsdatum	31.01.2013
f. Aktuelle pflegerrelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Dysphagie, orthostatische Dysregulation mit Kollapsneigung, Vertigo unklarer Genese, Verdacht auf Darmpassagestörung bei bekannter Bauchwandhernie
g. Pflegestufe <input checked="" type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> Härtefall <input type="radio"/> nicht pflegebedürftig <input type="radio"/> noch nicht eingestuft	
h. Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Jutta Maus
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	Altenpflegefachkraft
c. Name des Mitarbeiters	M3
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	keine

Kapitel 10 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen (T23) Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T24) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der Bewohner erhält regelmäßig Medikamente.

Die ärztlich verordneten Medikamente sind fach- und sachgerecht, mit Angabe zur Applikationsform, mit dem vollständigen Medikamentennamen, mit der Dosierung und Häufigkeit, sowie mit der tageszeitlichen Zuordnung der Medikamentengabe dokumentiert. Die Medikamentengaben sind von Pflegefachkräften korrekt abgezeichnet.

	ja	nein	tnz
10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen (T25) Anordnung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Angaben zur Bedarfsmedikation mit der Bedarfsindikation sowie Angaben zur Einzel- und zur Tageshöchstdosis sind dokumentiert.

	ja	nein	tnz
10.5 (T26) Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
10.6 Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Bewohner angetroffen
a. <input checked="" type="radio"/> liegend <input type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

Der Bewohner wird mit Tageskleidung bekleidet in seinem Zimmer angetroffen. Er liegt auf dem Bett und ruht sich aus.

Der Bewohner begrüßt den Gutachter freundlich und ist mit der Bewohnervisite einverstanden. Er steht nach der Begrüßung vom Bett auf und geht zum Tisch. Er bietet dem Gutachter einen Stuhl an.

Ein Gespräch ist gut möglich. Der Bewohner kann Fragen zum Alltagsgeschehen adäquat beantworten.

Der Bewohner ist zur Person orientiert. Zum Ort, zur Zeit und zur Situation ist der Bewohner zeitweise nicht orientiert.

Der Bewohner kann Wünsche und Bedürfnisse äußern.

Der Bewohner kann die Klingel erreichen und bedienen.

Biografische Daten sind vorhanden.

Der Bewohner nimmt unter anderem aktiv oder passiv an folgenden Gemeinschaftsaktivitäten, welche seinem Interesse entsprechen, teil:

- Gesellschaftsspiele
- Vorlesen
- Gedächtnistraining
- Malen
- Singen
- Gymnastik zur Sturzprophylaxe
- Spaziergänge

Die Teilnahme an den Angeboten ist geplant.

Die Durchführung und die Ergebnisse sind dokumentiert.

Die Anerkennung nach § 87b SGB XI liegt nicht vor.

Der Bewohner erhält regelmäßig Besuch von Angehörigen.

	ja	nein
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der Bewohner kann mit beiden Händen zielgerichtet greifen und kann beide Hände auf Mundhöhe anheben.

Der Bewohner kann frei sitzen.

Der Bewohner kann selbstständig aufstehen.

Der Bewohner kann frei stehen.

Der Bewohner kann mit dem Gehstock gehen.

Der Bewohner geht im Bewohnerzimmer, auf dem Wohnbereich und in der Einrichtung eigenständig mit dem Gehstock. Bei Bedarf erhält er personelle Begleitung.

Der Bewohner kann selbstständig seine Lage im Bett umfänglich verändern.

	ja	nein
11.3 Liegt ein Sturzrisiko vor?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen	

Der Bewohner nimmt an der angebotenen Gymnastik zur Sturzprophylaxe teil.

Die Pflegekräfte achten bei dem sehbeeinträchtigten Bewohner darauf, dass er immer seine Brille trägt.

Die Pflegekräfte achten bei dem hörbeeinträchtigten Bewohner darauf, dass er immer seine Hörgeräte trägt.

Der Bewohner trägt geschlossene Schuhe.

Der Bewohner trägt auf eigenen Wunsch auch offene Schuhe. Eine Beratung bezüglich der erhöhten Sturzgefahr fand statt.

Die Klingel und die Nachttischlampe sind für ihn erreichbar.

Der Bewohner ist in den letzten sechs Monaten einmal gestürzt.

Am 30.08.2014 um 14:30 Uhr wollte sich der Bewohner an der untersten Schublade einer Komode etwas holen. Dabei ist er ausgerutscht. Der Sturzhergang konnte nicht beobachtet werden. Der Bewohner blutete stark am Hinterkopf und wurde ins Klinikum eingewiesen. Dort wurde die Kopfplatzwunde chirurgisch versorgt.

	ja	nein
11.4		

(T18) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
--	--

	ja	nein	tnz
11.5 Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko (T19) erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Punkte: 22	nach: <input type="radio"/> Norton <input checked="" type="radio"/> Braden <input type="radio"/> sonstige
	von: <input type="checkbox"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

	ja	nein
11.7 (T1) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	08.11.2014		
	kg	66,80		
b. Aktuelle Größe	169 cm			
c. BMI	23,39 kg/m ²			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input type="radio"/> konstant <input checked="" type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

Datum	Körpergewicht in Kilogramm
10.05.2014	77,5
05.06.2014	77,1
14.07.2014	77,4
06.08.2014	74,5
01.09.2014	73,5

01.10.2014

69,4

Der Bewohner hat in den letzten sechs Monaten 10,3 Kilogramm abgenommen. Dies entspricht 13,3 % seines Körpergewichtes.

Nach Angabe der begleitenden Pflegefachkraft ist der behandelnde Arzt informiert. Der Bewohner bekam am 09.09.2014 eine Gastroskopie wegen Sodbrennen und Schluckbeschwerden. Der behandelnde Arzt verordnete einmal täglich Pantoprazol 40 mg Tabletten.

12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Der Bewohner äußert sich, wenn er Hunger hat.

Der Bewohner kann selbstständig essen.

Die individuellen Essgewohnheiten sind ermittelt und dokumentiert.

Der Bewohner erhält, nach Angabe der begleitenden Pflegefachkraft, im Rahmen des Möglichen Wunschkost.

Der Bewohner bekommt drei Hauptmahlzeiten und zwei Zwischenmahlzeiten.

12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Der Bewohner äußert sich, wenn er Durst hat.

Der Bewohner kann selbstständig trinken.

Die individuellen Trinkgewohnheiten sind ermittelt und dokumentiert.

	ja	nein
12.5 (T7) Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.6 Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung (T10) erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.7 (T8) Werden bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.9 (T9) Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.10 Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

(T12) Pflegeeinrichtung?

Kapitel 13 Urininkontinenz**13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?** ja nein

Von:

 Gutachter beurteilt Einrichtung übernommen

Der Bewohner hat kein Selbstpflegedefizit im Bereich der Kontinenz. Der Bewohner ist harnkontinent. Er sucht selbstständig die Toilette auf. Dies entspricht im Sinne der Kontinenzprofile dem Profil Kontinenz.

Kapitel 14 Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz**14.1 Orientierung und Kommunikation**

- | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|
| a. sinnvolles Gespräch möglich | <input checked="" type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| b. nonverbale Kommunikation möglich | <input checked="" type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden | <input type="radio"/> ja | <input checked="" type="radio"/> nein |

	ja	nein	tnz
14.2 (T33) Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.3 (T34) Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und sozialen Betreuung einbezogen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.4 (T35) Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.5 (T40) Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.6 (T36) Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 15 Körperpflege**15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut**

Beschreibung

a. normal

(Beschreibung nicht erforderlich)

Die Haut ist intakt und gepflegt.

Der Bewohner wäscht sich auf eigenen Wunsch selbstständig. Bei Bedarf erhält er personelle Unterstützung.

Mindestens einmal wöchentlich duscht der Bewohner mit Hilfe einer Pflegekraft.

Die Finger- und Zehennägel sind gepflegt.

Die Zehenzwischenräume sind sauber.

	ja	nein	tnz
15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? (T29)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15.3 Mundzustand / Zähne

Die Lippen sind gepflegt.

Die sichtbaren Zähne sind gepflegt.

Die Zunge ist nicht belegt.

Die sichtbare Mundschleimhaut ist feucht und frei von Belägen.

Der Bewohner führt die Mundpflege selbstständig nach seinen Gewohnheiten am Waschbecken aus.

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	ja	nein
16.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
16.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften (T31) durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
16.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 17 Sonstiges

Bewohner 9

	ja	nein
17.1 Besteht ein kritisches Ereignis?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Kapitel 18 Befragung der Bewohner als zusammenfassende Darstellung aller befragten Personen

18.3 (T67) Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich ?

Die Frage trifft für 9 von 9 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	7 Bewohner
häufig	2 Bewohner

18.4 (T68) Nehmen sich die Mitarbeiter ausreichend Zeit für Sie ?

Die Frage trifft für 9 von 9 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	4 Bewohner
häufig	2 Bewohner
keine Angaben	3 Bewohner

18.5 (T60) Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege - und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt ?

Die Frage trifft für 9 von 9 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	4 Bewohner
keine Angaben	5 Bewohner

18.6 (T61) Entscheiden Sie , ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird ?

Die Frage trifft für 9 von 9 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	4 Bewohner
keine Angaben	5 Bewohner

18.7 (T62) Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert , sich teilweise oder ganz selber zu waschen ?

Die Frage trifft für 8 von 9 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	4 Bewohner
häufig	2 Bewohner
keine Angaben	2 Bewohner

18.8 (T63) Sorgen die Mitarbeiter dafür , dass Ihnen beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann ?

Die Frage trifft für 5 von 9 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	1 Bewohner
keine Angaben	4 Bewohner

18.9 (T69) Fragen die Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung Sie , welche Kleidung Sie anziehen möchten ?

Die Frage trifft für 7 von 9 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	4 Bewohner
häufig	1 Bewohner
keine Angaben	2 Bewohner

18.10 (T70) Schmeckt Ihnen das Essen ?

Die Frage trifft für 9 von 9 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	5 Bewohner
häufig	2 Bewohner
gelegentlich	2 Bewohner

18.11 (T66) Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?

Die Frage trifft für 9 von 9 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	6 Bewohner
gelegentlich	1 Bewohner
keine Angaben	2 Bewohner

18.12 (T71) Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden ?

Die Frage trifft für 9 von 9 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	5 Bewohner
häufig	1 Bewohner
gelegentlich	1 Bewohner
keine Angaben	2 Bewohner

18.13 (T72) Bekommen Sie jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten ?

Die Frage trifft für 9 von 9 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	7 Bewohner
keine Angaben	2 Bewohner

18.14 (T73) Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen ?

Die Frage trifft für 8 von 9 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	4 Bewohner
häufig	1 Bewohner
keine Angaben	3 Bewohner

18.15 (T74) Wird Ihnen die Teilnahme an für Sie interessanten Beschäftigungsangeboten ermöglicht?

Die Frage trifft für 8 von 9 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	3 Bewohner
häufig	2 Bewohner
keine Angaben	3 Bewohner

18.16 (T75) Wird Ihnen die erforderliche Unterstützung gegeben , um sich im Freien aufhalten zu können ?

Die Frage trifft für 8 von 9 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	2 Bewohner
gelegentlich	3 Bewohner
keine Angaben	3 Bewohner

18.17 (T76) Können Sie jederzeit Besuch empfangen , wann Sie wollen ?

Die Frage trifft für 9 von 9 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	7 Bewohner
keine Angaben	2 Bewohner

18.18 (T65) Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen ?

Die Frage trifft für 9 von 9 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 6 Bewohner
keine Angaben 3 Bewohner

18.19 (T77) Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah , vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück ?

Die Frage trifft für 9 von 9 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 6 Bewohner
keine Angaben 3 Bewohner

18.20 (T64) Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert , wenn Sie sich beschwert haben?

Die Frage trifft für 3 von 9 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

keine Angaben 3 Bewohner