

# Pflegetagebuch



Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

<b>Modul 1: Mobilität</b>	<b>Selbstständig</b>	<b>Überwiegend selbstständig</b>	<b>Unselbstständig</b>	<b>Anmerkungen</b>
<b>Positionswechsel im Bett</b>				
<b>Halten einer stabilen Sitzposition</b>				
<b>Umsetzen</b>				
<b>Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs</b>				
<b>Treppensteigen</b>				

# Pflegetagebuch

Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

<b>Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten</b>	<b>Fähigkeiten vorhanden</b>	<b>Fähigkeiten größtenteils vorhanden</b>	<b>Fähigkeiten im geringen Maße vorhanden</b>	<b>Fähigkeiten nicht vorhanden</b>	<b>Anmerkungen</b>
<b>Erkennen von Personen aus dem Umfeld</b>					
<b>Örtliche Orientierung</b>					
<b>Zeitliche Orientierung</b>					
<b>Erinnern an wesentliche Ereignisse/ Beobachtungen</b>					

# Pflegetagebuch

Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

<b>Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten</b>	<b>Fähigkeiten vorhanden</b>	<b>Fähigkeiten größtenteils vorhanden</b>	<b>Fähigkeiten im geringen Maße vorhanden</b>	<b>Fähigkeiten nicht vorhanden</b>	<b>Anmerkungen</b>
<b>Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben</b>					
<b>Steuern von mehrschnittigen Alltagshandlungen</b>					
<b>Verstehen von Sachverhalten und Informationen</b>					
<b>Erkennen von Risiken und Gefahren</b>					
<b>Mitteilen von elementaren Bedürfnissen</b>					

# Pflegetagebuch

Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

<b>Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten</b>	<b>Fähigkeiten vorhanden</b>	<b>Fähigkeiten größtenteils vorhanden</b>	<b>Fähigkeiten im geringen Maße vorhanden</b>	<b>Fähigkeiten nicht vorhanden</b>	<b>Anmerkungen</b>
<b>Verstehen von Aufforderungen</b>					
<b>Beteiligen an einem Gespräch</b>					

# Pflegetagebuch

Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

<b>Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen</b>	<b>Nie oder selten</b>	<b>Selten (1 bis 3 Mal innerhalb von zwei Wochen</b>	<b>Häufig (2 bis mehrmals wöchentlich)</b>	<b>Täglich</b>	<b>Anmerkungen</b>
<b>Motorisch geprägte Verhaltens- auffälligkeiten</b>					
<b>Nächtliche Unruhe</b>					
<b>Selbstständiges und auto-aggressives Verhalten</b>					
<b>Beschädigen von Gegenständen</b>					
<b>Verbale Aggression</b>					

# Pflegetagebuch

Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

<b>Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen</b>	<b>Nie oder selten</b>	<b>Selten (1 bis 3 Mal innerhalb von zwei Wochen</b>	<b>Häufig (2 bis mehrmals wöchentlich)</b>	<b>Täglich</b>	<b>Anmerkungen</b>
<b>Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen</b>					
<b>Wahnvorstellungen</b>					
<b>Andere pflegerrelevante vokale Auffälligkeiten</b>					
<b>Abwehr pflegerischer oder andere unterstützender Maßnahmen</b>					

# Pflegetagebuch

Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

<b>Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen</b>	<b>Nie oder selten</b>	<b>Selten (1 bis 3 Mal innerhalb von zwei Wochen</b>	<b>Häufig (2 bis mehrmals wöchentlich)</b>	<b>Täglich</b>	<b>Anmerkungen</b>
<b>Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage</b>					
<b>Soziale inadäquate Verhaltensweisen</b>					
<b>Ängste</b>					
<b>Sonstige pflegerrelevante inadäquate Handlungen</b>					

# Pflegetagebuch

Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

<b>Modul 4: Selbstversorgung</b>	<b>Selbstständig</b>	<b>Überwiegend selbstständig</b>	<b>Überwiegend unselbstständig</b>	<b>Unselbstständig</b>	<b>Anmerkungen</b>
<b>Waschen des vorderen Oberkörper</b>					
<b>Körperpflege im Bereich des Kopfes</b>					
<b>Waschen des Intimbereichs</b>					
<b>Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare</b>					
<b>An- und Auskleiden des Oberkörpers</b>					



# Pflegetagebuch

Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

<b>Modul 4: Selbstversorgung</b>	<b>Selbstständig</b>	<b>Überwiegend selbstständig</b>	<b>Überwiegend unselbstständig</b>	<b>Unselbstständig</b>	<b>Anmerkungen</b>
<b>An- und Auskleiden des Unterkörpers</b>					
<b>Essen</b>					
<b>Ernährung über parental oder Sonde</b>					
<b>Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken</b>					
<b>Benutzung einer Toilette oder eines Toilettenstuhls</b>					

# Pflegetagebuch

Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

<b>Modul 4: Selbstversorgung</b>	<b>Selbstständig</b>	<b>Überwiegend selbstständig</b>	<b>Überwiegend unselbstständig</b>	<b>Unselbstständig</b>	<b>Anmerkungen</b>
<b>Trinken</b>					
<b>Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter/ Urostoma</b>					
<b>Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma</b>					

# Pflegetagebuch

Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

<b>Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen</b>	<b>Tägliche Unterstützung erforderlich?</b>	<b>Anmerkungen</b>
<b>Medikation</b>		
<b>Injektion subkutan (s.c.)/ intramuskulär (i.m.)</b>		
<b>Versorgung intravenöser Zugänge</b>		
<b>Absaugen und Sauerstoffgabe</b>		
<b>Einschreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen</b>		
<b>Messung und Deutung von Körperzuständen</b>		

# Pflegetagebuch



Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

<b>Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen</b>	<b>Tägliche Unterstützung erforderlich?</b>	<b>Anmerkungen</b>
<b>Körpernahe Hilfsmittel</b>		

# Pflegetagebuch

Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

<b>Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen</b>	<b>Wöchentliche Unterstützung erforderlich?</b>	<b>Anmerkungen</b>
<b>Verbandwechsel und Wundversorgung</b>		
<b>Versorgung mit Stoma</b>		
<b>Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden</b>		
<b>Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung</b>		

# Pflegetagebuch

Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

<b>Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen</b>	<b>Monatliche Häufigkeit erforderlich?</b>	<b>Anmerkungen</b>
<b>Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung</b>		
<b>Arztbesuche</b>		
<b>Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Stunden)</b>		
<b>Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Stunden)</b>		

# Pflegetagebuch

Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

<b>Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen</b>	<b>Bewertung anhand der Selbstständigkeit der Person</b>	<b>Anmerkungen</b>
<b>Einhaltung einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften</b>		

# Pflegetagebuch



Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

<b>Modul 6: Selbstversorgung</b>	<b>Selbstständig</b>	<b>Überwiegend Selbstständig</b>	<b>Überwiegend unselbstständig</b>	<b>Unselbstständig</b>	<b>Anmerkungen</b>
<b>Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen</b>					
<b>Interaktion mit Personen im direkten Kontakt</b>					
<b>Sich beschäftigen</b>					
<b>Vornehmen von in Zukunft gerichteten Planungen</b>					
<b>Ruhen und Schlafen</b>					