

Pflegetagebuch



Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

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

Pflegetagebuch

Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

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

Pflegetagebuch

Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

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

Pflegetagebuch

Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

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

Pflegetagebuch

Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

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

Pflegetagebuch

Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

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

Pflegetagebuch

Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

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

Pflegetagebuch

Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

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

Pflegetagebuch

Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

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

Pflegetagebuch

Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

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

Pflegetagebuch

Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

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

Pflegetagebuch

Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

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

Pflegetagebuch

Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

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

Pflegetagebuch

Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

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

Pflegetagebuch

Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

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

Pflegetagebuch



Datum:

Name der ausfüllenden Person:

Name der Pflegeperson:

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