

**Erhebungsbogen**  
**zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI**  
**in der ambulanten Pflege**  
**- 10. November 2005 -**

## Erhebungsbogen zur Prüfung im Pflegedienst (Struktur- und Prozessqualität)

### 1. Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

<b>1.1</b>	<b>Auftragsnummer:</b>	
<b>1.2 Daten zum Pflegedienst</b>		
<b>a.</b>	<i>Name</i>	
<b>b.</b>	<i>Strasse</i>	
<b>c.</b>	<i>PLZ / Ort</i>	
<b>d.</b>	<i>Telefon</i>	
<b>e.</b>	<i>Fax</i>	
<b>f.</b>	<i>E-Mail</i>	
<b>g.</b>	<i>Internet-Adresse</i>	
<b>h.</b>	<i>Träger / Inhaber</i>	
<b>i.</b>	<b>Trägerart</b> <input type="checkbox"/> <i>privat</i> <input type="checkbox"/> <i>freigemeinnützig</i> <input type="checkbox"/> <i>öffentlich</i> <input type="checkbox"/> <i>nicht zu ermitteln</i>	
<b>j.</b>	<i>ggf. Verband</i>	
<b>k.</b>	<i>Datum Abschluss Versorgungsvertrag</i>	
<b>l.</b>	<i>Datum Inbetriebnahme des Pflegedienstes</i>	
<b>m.</b>	<i>Verantw. PFK Name</i>	
<b>n.</b>	<i>Stellv. verantw. PFK Name</i>	
<b>o.</b>	<i>ggf. vorhandene Zweigstellen / Filialen</i>	

<b>1.3 Daten zur Prüfung</b>		
<b>a. Auftraggeber</b>		
<b>b. Datum</b>		
	<i>von TT.MM.JJ</i>	<i>bis TT.MM.JJ</i>
<b>c. Uhrzeit</b>  <b>1. Tag</b>  <b>2. Tag</b>  <b>3. Tag</b>		
	<i>von</i>	<i>bis</i>
	<i>von</i>	<i>bis</i>
	<i>von</i>	<i>bis</i>
<b>d. Gesprächspartner des Pflegedienstes</b>		
<b>e. Prüfende(r) Gutachter</b>		
<b>f. An der Prüfung Beteiligte</b> <input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Trägerverband <input type="checkbox"/> Sonstige: welche?	<b>Namen</b>	

<b>1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI</b>	
a.	<input type="checkbox"/> Einzelprüfung <input type="checkbox"/> Beschwerde <input type="checkbox"/> Hinweise von anderen Institutionen <input type="checkbox"/> sonstige Hinweise
b.	<input type="checkbox"/> Stichprobenprüfung
c.	<input type="checkbox"/> vergleichende Prüfung
d.	Wiederholungsprüfung / Evaluation nach <input type="checkbox"/> Einzelprüfung <input type="checkbox"/> Stichprobenprüfung <input type="checkbox"/> vergleichender Prüfung
e.	<input type="checkbox"/> angemeldet
f.	<input type="checkbox"/> unangemeldet
g.	<input type="checkbox"/> nachts
h.	Datum der letzten Prüfung durch den MDK
	TT.MM.JJ
i.	Anzahl bisher durchgeführter MDK- Prüfungen

<b>1.5 Vom Pflegedienst zur Prüfung vorgelegte Unterlagen?</b>
--

	ggf. Datum	liegt vor	liegt nicht vor	t.n.z.
Aufstellung über die Anzahl aller versorgten Personen (SGB XI, SGB V, Selbstzahler, Sonstige) sowie Pflegestufendifferenzierung der Leistungsempfänger nach SGB XI mit Datum		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aufstellung über die Anzahl der Pflegebedürftigen mit:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Wachkoma				
- Beatmungspflicht				
- Dekubitus				
- Blasenkatheter				
- PEG-Sonde				
- Fixierung				
- Kontraktur				
- vollständiger Immobilität				
- Tracheostoma				
- MRSA				
- Diabetes mellitus				
Versorgungsvertrag des Pflegedienstes / Strukturhebungsbogen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blanko-Pflegevertrag		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ausbildungsnachweis der verantwortlichen Pflegefachkraft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weiterbildungsnachweis der verantwortlichen Pflegefachkraft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ausbildungsnachweis der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pflegebezogene Ausbildungsnachweise der pflegerischen Mitarbeiter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aufstellung aller in der Pflege tätigen Mitarbeiter mit Name, Berufsausbildung und Beschäftigungsumfang		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aktuelle Handzeichenliste		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liste der vom Pflegedienst vorgehaltenen Pflegehilfsmittel / Hilfsmittel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dienstpläne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Touren- / Einsatzpläne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Organigramm		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pflegeleitbild		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pflegekonzept		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pflegedokumentationssystem		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stellenbeschreibungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nachweise über Pflegevisiten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweise über Fallbesprechungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweise über Informationsweitergabe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nachweise über Dienstbesprechungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fortbildungsplan		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nachweise interne Fortbildung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nachweise externe Fortbildung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nachweise zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nachweise externes Qualitätsmanagement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leitlinien/Richtlinien/Standards		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hygienestandard/-plan/-konzept		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Konzept zum Beschwerdemanagement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Regelungen zum Umgang mit personenbezogenen Notfällen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>1.6 Versorgungssituation</b>
---------------------------------

	Gesamt	davon Leistungsempfänger nach:			
		Ausschließlich SGB XI	Ausschließlich SGB V	SGB XI und SGB V	Sonstige
Versorgte Personen					
davon ggf. nach Schwerpunkt Versorgte					

<b>1.7 Nach Angabe des Pflegedienstes Anzahl Pflegebedürftige mit:</b>	
a.	<i>Wachkoma</i>
b.	<i>Beatmungspflicht</i>
c.	<i>Dekubitus</i>
d.	<i>Blasenkatheter</i>
e.	<i>PEG-Sonden</i>
f.	<i>Fixierung</i>
g.	<i>Kontraktur</i>
h.	<i>vollständiger Immobilität</i>
i.	<i>Tracheostoma</i>
j.	<i>MRSA</i>
k.	<i>Diabetes mellitus</i>

<b>1.8 Ist ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Wenn ja, welcher?</b>		

<b>1.9 Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Wenn ja, welche?</b>		
a.	<input type="checkbox"/> <i>Grundpflege</i>	
b.	<input type="checkbox"/> <i>Behandlungspflege</i>	
c.	<input type="checkbox"/> <i>hauswirtschaftliche Versorgung</i>	
d.	<input type="checkbox"/> <i>Rufbereitschaft</i>	
e.	<input type="checkbox"/> <i>Nachtdienst</i>	

## 2. Allgemeine Angaben

	ja	nein	t.n.z.	E.
<b>2.1 Räumliche Ausstattung:</b>				<input type="checkbox"/>
a. <i>Geschäftsräume vorhanden</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>Räumlichkeiten und Ausstattung bieten Möglichkeit zur Teambesprechung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. <i>Personenbezogene Unterlagen werden für Unbefugte unzugänglich aufbewahrt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. <i>Wohnungsschlüssel der Pflegebedürftigen werden für Unbefugte unzugänglich (z.B. Schlüsselkasten) aufbewahrt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. <i>Zuordnung der Wohnungsschlüssel der Pflegebedürftigen für Unbefugte nicht möglich</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

	ja	nein	E.
<b>2.2 Werden Pflegeverträge mit den Pflegebedürftigen abgeschlossen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein	E.
<b>2.3 Gibt es verbindliche Verfahrensweisen für den Erstbesuch beim Pflegebedürftigen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein	E.
<b>2.4 Werden Pflegeeinsätze nach § 37 SGB XI durch Pflegefachkräfte sichergestellt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Aufbauorganisation Personal

		ja	nein	E.
3.1	<b>Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiter verbindlich geregelt?</b>			<input type="checkbox"/>
a.	<i>Organisationsstruktur z.B. in Form eines Organigramms geregelt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Pflegefachkräfte z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<i>Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Krankenpflegehelfer z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	<i>Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Altenpflegehelfer z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	<i>Verantwortungsbereiche/Aufgaben für angeleitete Kräfte in der Pflege z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Fortbildung, Anleitung)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	<i>Verantwortungsbereiche/Aufgaben für hauswirtschaftliche Versorgung geregelt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein	E.
3.2	<b>Ist die verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein
3.3	<b>Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:</b>		
a.	<i>Pflegefachkraft</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<i>ausreichende Berufserfahrung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<i>sozialversicherungspflichtige Beschäftigung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	<i>Weiterbildung zur Leitungsqualifikation</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.4	<b>Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in diesem Pflegedienst?</b>
	<b>Stunden</b>

3.5	<b>Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
Mit welchem Stundenumfang?				

---



---

<small>Informationsfrage</small>				
3.6	<b>Ist die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>

---



---

3.7	<b>Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:</b>	ja	nein	
a.	<input type="checkbox"/> <i>Pflegefachkraft</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<input type="checkbox"/> <i>sozialversicherungspflichtige Beschäftigung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

---



---

3.8 Zusammensetzung Personal						
Pflege						
	Vollzeit ..... Stunden/Woche	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		
Geeignete Kräfte:	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellen- umfang	Gesamtstellen in Vollzeit
<i>Verantwortliche Pflegefachkraft</i>						
<i>Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft</i>						
<i>Altenpfleger/in</i>						
<i>(Gesundheits- und) Krankenpflege/in</i>						
<i>(Gesundheits- und) Kinderkrankpfleger/in</i>						
<i>Heilerziehungspfleger/in</i>						
<i>Krankenpflegehelfer/in</i>						
<i>Altenpflegehelfer/in</i>						
<i>angelernte Kräfte</i>						
<i>Auszubildende</i>						
<i>Zivildienstleistende</i>						
<i>Freiwilliges soz. Jahr</i>						
<i>Sonstige</i>						
hauswirtschaftliche Versorgung						
<i>hauswirtschaftliche Mitarbeiter</i>						

#### 4. Ablauforganisation

	ja	nein	E.
<b>4.1 Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?</b>			<input type="checkbox"/>
a. <i>Verantwortlichkeit für Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe für Pflegefachkraft geregelt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. <i>personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4.2 Nimmt die verantwortliche Pflegefachkraft ihre Aufgaben wahr?		ja	nein	E.
a.	Umsetzung des Pflegekonzeptes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Organisation der fachlichen Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Organisation für fachgerechte Führung der Pflegedokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	an dem Pflegebedarf orientierte Dienstplanung der Pflegekräfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	regelmäßige fachgerechte Durchführung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegedienstes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	ausreichende Zeit für die Aufgaben der verantwortlichen Pflegefachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---



---

4.3 Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?		ja	nein	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---



---

4.4 Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?		ja	nein	E.
a.	dokumentenecht (z.B. kein Bleistift, keine Überschreibungen, kein Tipp-Ex, keine unleserlichen Streichungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Soll-, Ist- und Ausfallzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Zeitpunkt der Gültigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	vollständige Namen (Vor- und Zunamen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Umfang des Beschäftigungsverhältnisses (Wochen- oder Monatsarbeitszeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Legende für Dienst- und Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Datum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Unterschrift der verantwortlichen Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---



---

<b>4.5</b>	<b>Liegen geeignete Einsatz- / Tourenpläne vor?</b>	ja	nein	E.
				<input type="checkbox"/>
a.	<i>Datum der Gültigkeit</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>tageszeitliche Zuordnung von Mitarbeitern zu Pflegebedürftigen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<i>Angabe der verantwortlichen Person</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

---



---

<b>4.6</b>	<b>Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes (Rund-um-die-Uhr auch an Sonn- und Feiertagen) sichergestellt?</b>	ja	nein	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Wenn ja, wie?</b>			

---



---

## 5. Konzeptionelle Grundlagen

<b>5.1</b>	<b>Wenn schwerpunktmäßig besondere Personengruppen versorgt werden: Werden die diesbezüglichen Anforderungen erfüllt?</b>	ja	nein	t.n.z.	E.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	<i>schriftlich dargelegt im Einrichtungskonzept</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Pflegefachkräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fort- und/oder Weiterbildung)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>Pflegehilfskräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fortbildung)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	<i>vereinbarte Anforderungen an den Schwerpunkt werden umgesetzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

---



---

	ja	nein	l.n.z.	E.
<b>5.2</b> Liegt ein geeignetes schriftliches Pflegekonzept vor?				<input type="checkbox"/>
a. Aussagen zum Pflegemodell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Aussagen zum Pflegesystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Aussagen zum Pflegeprozess	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Aussagen zur innerbetrieblichen Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. Aussagen zum Qualitätssicherungssystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f. Aussagen zur Leistungsbeschreibung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g. Aussagen zur Kooperation mit anderen Diensten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Aussagen zur personellen Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

	ja	nein	E.
<b>5.3</b> Ist das Pflegekonzept den Mitarbeitern in der Pflege bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. Qualitätsmanagement

	ja	nein	E.
<b>6.1</b> Ist die betriebliche Zuständigkeit für die Wahrnehmung der Aufgaben im Sinne des Qualitätsmanagements der Leitungsebene zugeordnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein	E.
<b>6.2</b> Werden Maßnahmen der externen Qualitätssicherung durchgeführt (z.B. Mitwirkung an einrichtungsübergreifenden Qualitätskonferenzen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.3	Werden die für die ambulante Pflege relevanten Aussagen der Expertenstandards des DNQP im Rahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt oder sind konkrete Maßnahmen in dieser Hinsicht geplant?	ja	nein	t.n.z.	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
a.	Dekubitusprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	Pflegerisches Schmerzmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	Sturzprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

6.4	Werden Maßnahmen der internen Qualitätssicherung im Bereich Pflege durchgeführt?	ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

6.5	Wird das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (im Sinne des PDCA-Zyklus) gehandhabt?	ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
a.	Istanalyse, Zielformulierung und Maßnahmenplanung (Plan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	Umsetzung (Do)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	Überprüfung der Wirksamkeit (Check)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	Anpassung der Maßnahmen (Act)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

6.6	Liegt im Pflegedienst eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor?	ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
a.	aktuell (umfasst alle Mitarbeiter, die seit mehr als 1 Woche beschäftigt sind)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	Nennung der Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	Vor- und Zunamen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	Handzeichen übereinstimmend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<b>6.7</b>	<b>Liegt ein bedarfsgerechter prospektiver Fortbildungsplan vor?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
------------	--	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

<b>6.8</b>	<b>Werden alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildung einbezogen?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
------------	---	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

<b>6.9</b>	<b>Werden aktuelle Fachliteratur und Fachzeitschriften für die Mitarbeiter im Pflegedienst im Bereich Pflege zugänglich vorgehalten?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
a.	<i>Auswahl aktueller tätigkeitsbezogener Fachbücher, die allen Mitarbeitern zugänglich ist</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>mindestens eine periodisch erscheinende Fachzeitschrift, die allen Mitarbeitern z.B. per Umlauf zugänglich ist</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>6.10</b>	<b>Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
a.	<i>Zielvorgaben im Konzept</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>zeitliche Vorgaben im Konzept</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>inhaltliche Vorgaben im Konzept</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	<i>Pflegefachkraft als Ansprechpartner im Konzept benannt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e.	<i>Differenzierung nach Qualifikation der Mitarbeiter im Konzept</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f.	<i>Einarbeitungsbeurteilung im Konzept</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g.	<i>Konzept angewandt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

c		ja	nein	E.
<b>6.11</b>	<b>Werden Methoden zur Sicherstellung der Informationsweitergabe genutzt?</b>			<input type="checkbox"/>
a.	<i>geregelte Übergabe</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>regelmäßigen Dienstbesprechungen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<i>schriftlich fixierte Regelungen (z.B. Dienstanweisungen, Rundschreiben, Aushang)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

---



---

		ja	nein	E.
<b>6.12</b>	<b>Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen für Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Pflegebedürftigen?</b>			<input type="checkbox"/>
a.	<i>Schulungen Erste-Hilfe-Maßnahmen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>schriftliche Regelung für Notfälle bei Pflegebedürftigen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<i>Regelungen für Situationen, in denen der Pflegebedürftige nicht öffnet</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

---



---

		ja	nein	E.
<b>6.13</b>	<b>Werden im Pflegedienst Regelungen zum Umgang mit Beschwerden angewendet?</b>			<input type="checkbox"/>
a.	<i>schriftliche Regelung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>Beschwerdeerfassung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<i>Beschwerdeauswertung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

---



---

## 7. Pflegedokumentationssystem

<b>7.1</b>	<b>Liegt ein einheitliches Pflegedokumentationssystem vor?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
------------	--	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

<b>7.2</b>	<b>Können alle relevanten Informationen mit dem angewandten Pflegedokumentationssystem erfasst werden?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
a.	<i>Stammdaten</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>Pflegeanamnese/Informationssammlung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<i>Biografie</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	<i>Bedürfnisse, Probleme und Fähigkeiten, Ziele und geplante Maßnahmen sowie die Evaluation der Ergebnisse</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	<i>verordnete medizinische Behandlungspflege</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f.	<i>Gabe verordneter Medikamente</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g.	<i>Durchführungsnachweis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h.	<i>Pflegebericht</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i.	<i>Bewegungs- bzw. Lagerungsplan</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j.	<i>Trink-/Bilanzierungsplan</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k.	<i>Ernährungsplan</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l.	<i>Überleitungsbogen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
m.	<i>Wunddokumentation</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
n.	<i>Dekubitusrisiko/Dekubitusrisikoskala</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o.	<i>Fixierung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
p.	<i>Gewichtsverlauf</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
q.	<i>Miktionsprotokoll</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
r.	<i>Sturzrisiko</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
s.	<i>Sonstiges</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>7.3</b>	<b>Ist bei einer computergestützten Pflegedokumentation durch die Vergabe von Zugriffsrechten eine eindeutige Zuordnung von Eingaben in den PC zu Mitarbeitern möglich?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
a.	<i>Zugriffsrechte für alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter eindeutig geregelt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Eintragungen sind Mitarbeitern zugeordnet</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>nachträgliche Eintragungen / Änderungen werden als solche gekennzeichnet</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

## 8. Hygiene

		ja	nein	E.
<b>8.1</b>	<b>Gibt es im Pflegedienst ein angemessenes Hygienemanagement?</b>			<input type="checkbox"/>
a.	<i>innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<i>Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	<i>innerbetriebliche Verfahrensanweisungen Mitarbeitern bekannt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	<i>alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

---



---

		ja	nein	E.
<b>8.2</b>	<b>Sind im Pflegedienst die für die ambulante Pflege relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch Institutes nachweislich bekannt?</b>			<input type="checkbox"/>
a.	<i>Empfehlung zur Händehygiene bekannt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>Empfehlung zur Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiertes Harnwegsinfektionen bekannt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<i>Empfehlung zur Prävention der nosokomialen Pneumonie bekannt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	<i>Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen bekannt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

---



---

		ja	nein	E.
<b>8.3</b>	<b>Stehen den Mitarbeitern in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung?</b>			<input type="checkbox"/>
a.	<i>Handschuhe</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>Händedesinfektionsmittel</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<i>Schutzkleidung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

---



---

8.4 Wenn vom Pflegedienst Pflegebedürftige mit MRSA betreut werden: Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?

ja

nein

l.n.z.

E.

## Erhebungsbogen zur Prüfung beim Pflegebedürftigen (Prozess- und Ergebnisqualität)

### 9. Allgemeine Angaben

Gelöscht: 10

<b>9.1 Auftragsnummer:</b>					
<b>Datum</b>		<b>Uhrzeit</b>		<b>Nummer Erhebungsbogen</b>	

<b>9.2 Angaben zum Pflegebedürftigen</b>					ja	nein
<b>a.</b>	<i>Name</i>					
<b>b.</b>	<i>Pflegekasse</i>					
<b>c.</b>	<i>Geburtsdatum</i>					
<b>d.</b>	<i>Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst</i>					
<b>e.</b>	<i>Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes</i>					
<b>f.</b>	<i>Pflegestufe</i>					
	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Härtefall	<input type="checkbox"/> nicht pflegebedürftig (SGB XI)	<input type="checkbox"/> noch nicht eingestuft	
<b>g.</b>	<i>Leistungen nach § 37 SGB V</i>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>h.</b>	<i>Ist der Pflegebedürftige mit der Befragung / Feststellung des Pflegezustandes einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)</i>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>9.3 Anwesende Personen</b>	
<b>a.</b>	<i>Gutachter</i>
<b>b.</b>	<i>Mitarbeiter Pflegedienst (Funktion / Qualifikation)</i>
<b>c.</b>	<i>sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)</i>

## 10. Zufriedenheit des Leistungsbeziehers

Die Fragen zur Zufriedenheit sind vom Leistungsbezieher bzw. von deren Angehörigen zu beantworten. Wenn keine Auskunftsmöglichkeit besteht, weiter mit 11.

Wenn der Leistungsbezieher sich bei einzelnen Fragen nicht vollständig zufrieden äußert, kann dies im Freitext erläutert werden.

<b>10.1</b> Wurde mit Ihnen ein Pflegevertrag abgeschlossen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

<b>10.2</b> Wurden Sie durch den Pflegedienst vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie selbst übernehmen müssen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

<b>10.3</b> Sind Sie mit den Einsatzzeiten des Pflegedienstes zufrieden?	immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	geleg. <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

<b>10.4</b> Werden die vereinbarten Leistungen durchgeführt?	immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	geleg. <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

<b>10.5</b> Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?	immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	geleg. <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

<b>10.6</b> Kommen kontinuierlich die selben Mitarbeiter des Pflegedienstes zu Ihnen?	immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	geleg. <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

<b>10.7</b> Lassen sich die Pflegenden genügend Zeit während der Pflegemaßnahmen?	immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	geleg. <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

<b>10.8</b> Werden Sie von den Mitarbeitern des Pflegedienstes unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?	immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	geleg. <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	tnz <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

<b>10.9 Fragen die Mitarbeiter des Pflegedienstes Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?</b>	immer	häufig	geleg.	nie	tnz	k.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>10.10 Sind Sie mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes zufrieden?</b>	immer	häufig	geleg.	nie	tnz	k.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>10.11 War der Pflegedienst bei Bedarf für Sie erreichbar und einsatzbereit?</b>	immer	häufig	geleg.	nie	tnz	k.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>10.12 Haben Sie sich beim Pflegedienst schon mal beschwert?</b>	ja			nein		k.A.
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>Wenn ja: Worüber?</b>						

<b>10.13 Hat sich nach der Beschwerde etwas zum Positiven verändert?</b>	ja			nein	tnz	k.A.
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>10.14 Haben Sie noch Wünsche zur Betreuung durch den Pflegedienst?</b>	ja			nein		k.A.
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

## 11. Ist-Erhebung der Pflegesituation unter Berücksichtigung der aktuellen Pflegedokumentation

<b>11.1</b>	<b>Pflegebedürftigen angetroffen</b>					
a.	<input type="checkbox"/>	<i>liegend</i>	<input type="checkbox"/>	<i>sitzend</i>	<input type="checkbox"/>	<i>stehend</i>
b.	<input type="checkbox"/>	<i>Tageskleidung</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Nachtwäsche</i>		
c.	<input type="checkbox"/>	<i>freiheitsentziehende Maßnahmen</i>				

11.2 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung	
a. Aktuelles Gewicht	kg
b. Aktuelle Größe	cm
c. BMI (kg/m <sup>2</sup> )	
d. Ernährungszustand	<input type="checkbox"/> übergewichtig <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> Risikobereich zum Untergewicht <input type="checkbox"/> untergewichtig
e. Flüssigkeitsversorgung	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten <input type="checkbox"/> kein Speichelsee unter Zunge

11.3 Der Pflegebedürftige ist versorgt mit:									
	<b>Beschreibung</b>								
a. <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus <table border="1"> <tr> <td>Nahrung</td> <td>kcal/24 h</td> <td>Flussrate</td> <td>ml/h</td> </tr> <tr> <td>Flüssigkeit</td> <td>ml/24 h</td> <td>Flussrate</td> <td>ml/h</td> </tr> </table> (Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband)	Nahrung	kcal/24 h	Flussrate	ml/h	Flüssigkeit	ml/24 h	Flussrate	ml/h
Nahrung	kcal/24 h	Flussrate	ml/h						
Flüssigkeit	ml/24 h	Flussrate	ml/h						
b. <input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion									
c. <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion									
d. <input type="checkbox"/> Tracheostoma									
e. <input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter	(Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)								
f. <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter									
g. <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen								
h. <input type="checkbox"/> Anus praeter									
i. <input type="checkbox"/> Prothesen									
j. <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln									
k. <input type="checkbox"/> Sonstigem									

 L.n.z.

<b>11.4 Orientierung und Kommunikation</b>		ja	nein
a.	<i>sinnvolles Gespräch möglich</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<i>nonverbale Kommunikation möglich</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<i>Orientierung in allen Qualitäten vorhanden</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---



---

<b>11.5 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt</b>		ja	nein
	<b>Beschreibung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	<i>Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten</i>	<i>(inklusive Paresen, Kontrakturen)</i>	
b.	<i>Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten</i>		
c.	<i>Lageveränderung im Bett</i>		
d.	<i>Aufstehen</i>		
e.	<i>Sitzen</i>		
f.	<i>Stehen</i>		
g.	<i>Gehen</i>		

---



---

<b>11.6 Sturzrisiko</b>		ja	nein
Von:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Gutachter beurteilt</i>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Pflegedienst übernommen</i>	<input type="checkbox"/>	

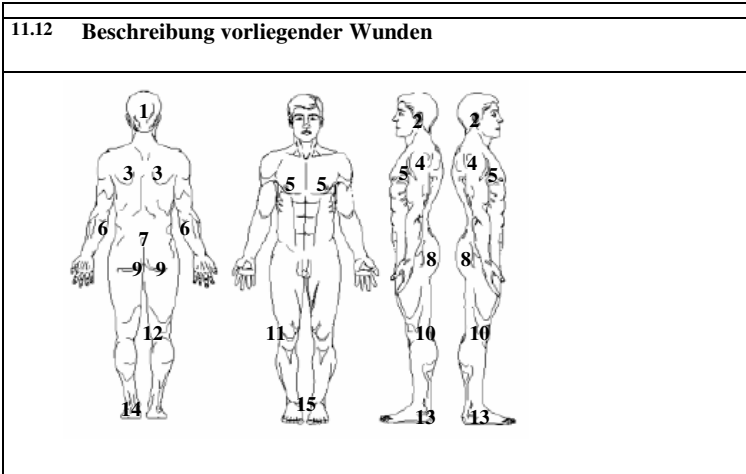
<b>11.7 Hat der Pflegebedürftige chronische Schmerzen?</b>		ja	nein	k.A.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wenn ja: Erhält der Pflegebedürftige Schmerzmedikamente?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

11.8 Mundzustand/Zähne	
	<b>Beschreibung</b>
a. <input type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
b. <input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken	
c. <input type="checkbox"/> borkige Beläge	
d. <input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte	
e. <input type="checkbox"/> Lippen trocken	
f. <input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte	
g. <input type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	
h. <input type="checkbox"/> Sonstiges	

11.9 Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten	
	<b>Beschreibung</b>
a. <input type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
b. <input type="checkbox"/> Besonderheiten	(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel)

11.10 Hautzustand	
	<b>Beschreibung</b>
a. <input type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
b. <input type="checkbox"/> trocken/schuppig	
c. <input type="checkbox"/> Hautturgor gespannt	
d. <input type="checkbox"/> Hautturgor schlaff	
e. <input type="checkbox"/> Ödeme	
f. <input type="checkbox"/> Hämatome	
g. <input type="checkbox"/> Sonstiges	





L.N.Z.

- Legende:  
 1 Hinterhaupt  
 2 Ohrmuschel  
 3 Schulterblatt  
 4 Schulter  
 5 Brustbein  
 6 Ellenbogen  
 7 Sacralbereich  
 8 großer Rollhügel  
 9 Gesäß  
 10 Knie außen  
 11 Kniescheibe  
 12 Knie innen  
 13 Knöchel außen  
 14 Ferse  
 15 Knöchel innen

<b>Wunde 1</b>	<b>Art</b>	Dekubitus	Ulcus Cruris	Diabetisches Fußsyndrom	sonstige Wunde
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>a.</b>	<b>Größe/Tiefe</b>	_____ cm H x _____ cm B x _____ cm T			
<b>b.</b>	<b>Ort der Entstehung</b>	zu Hause <input type="checkbox"/>	extern <input type="checkbox"/>	nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/>	
<b>c.</b>	<b>Lokalisation</b>	Bitte Nummer laut Legende eintragen: _____			
<b>d.</b>	<b>Stadium</b>	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>
<b>e.</b>	<b>Umgebung</b>	weiß <input type="checkbox"/>	rosig <input type="checkbox"/>	gerötet <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>
<b>f.</b>	<b>Rand</b>	rosig <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	hart <input type="checkbox"/>
<b>g.</b>	<b>Exsudat</b>	kein <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	viel <input type="checkbox"/>	klar <input type="checkbox"/>
<b>h.</b>	<b>Zustand</b>	fest <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	rosa <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>
<b>i.</b>	<b>Nekrose</b>	keine <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>
<b>j.</b>	<b>Geruch</b>	kein <input type="checkbox"/>	übel riechend <input type="checkbox"/>		
<b>Wunde 2</b>	<b>Art</b>	Dekubitus	Ulcus Cruris	Diabetisches Fußsyndrom	sonstige Wunde
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>a.</b>	<b>Größe/Tiefe</b>	_____ cm H x _____ cm B x _____ cm T			
<b>b.</b>	<b>Ort der Entstehung</b>	zu Hause <input type="checkbox"/>	extern <input type="checkbox"/>	nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/>	
<b>c.</b>	<b>Lokalisation</b>	Bitte Nummer laut Legende eintragen: _____			
<b>d.</b>	<b>Stadium</b>	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>
<b>e.</b>	<b>Umgebung</b>	weiß <input type="checkbox"/>	rosig <input type="checkbox"/>	gerötet <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>
<b>f.</b>	<b>Rand</b>	rosig <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	hart <input type="checkbox"/>
<b>g.</b>	<b>Exsudat</b>	kein <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	viel <input type="checkbox"/>	klar <input type="checkbox"/>
<b>h.</b>	<b>Zustand</b>	fest <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	rosa <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>
<b>i.</b>	<b>Nekrose</b>	keine <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>
<b>j.</b>	<b>Geruch</b>	kein <input type="checkbox"/>	übel riechend <input type="checkbox"/>		

<b>11.13</b>		<b>Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)</b>	<input type="checkbox"/>	l.n.z.
a.	Wunde	1		
b.	Wunde	2		
c.	Wunde	3		

**12. Umsetzung des Pflegeprozesses und Pflegedokumentation**

<b>12.1</b>	<b>Wird die Pflegedokumentation grundsätzlich beim Pflegebedürftigen aufbewahrt?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
-------------	--	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------

<b>12.2</b>	<b>Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch durchgeführt wurde?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	l.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
a.	<i>Gespräch geführt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>durch PFK</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

---



---

<b>12.3</b>	<b>Wurden alle Stammdaten in der Pflegedokumentation erfasst?</b>	ja	nein	E.
				<input type="checkbox"/>
a.	Angaben zur Person und ggf. Konfession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	Versicherungsdaten, Kostenübernahmeregelungen, Pflegestufe nach SGB XI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	Datum Beginn der Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	pflegebegründende Diagnosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	Information zu Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f.	Medizinische/therapeutische Versorgungssituation (Hausarzt, Rehabilitation, Krankenhausaufenthalte etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g.	soziale Versorgungssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h.	Informationen für Notfallsituationen (z.B. Adresse und Telefonnummer einer Bezugsperson),	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i.	Information zu Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>12.4</b>	<b>Ist eine Pflegeanamnese/Informationssammlung erstellt worden?</b>	ja	nein	E.
				<input type="checkbox"/>
a.	pflegerelevante Vorgeschichte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	persönliche Pflegegewohnheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	Bedürfnisse/Wünsche/Abneigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	aktuelle Ressourcen/Fähigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	aktuelle Probleme/Defizite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f.	durch PFK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>12.5</b>	<b>Enthält die Pflegeanamnese/Informationssammlung Angaben zur Biografie?</b>	ja	nein	l.n.z.	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>12.6</b>	<b>Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass der Pflegedienst den Pflegebedürftigen bzw. seine Angehörigen über die für eine ausreichende Versorgung erforderlichen Leistungen informiert hat?</b>	ja	nein	l.n.z.	E.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	durch PFK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

12.7	<b>Ist vom Pflegedienst dokumentiert, welche Leistungen innerhalb des Pflegeprozesses durch den Pflegebedürftigen, Angehörige, den Pflegedienst oder andere Pflegepersonen erbracht werden?</b>	ja	nein		E.
					<input type="checkbox"/>
a.	<i>dokumentiert</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>durch PFK</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

12.8	<b>Sind für die vereinbarten Leistungen individuelle Pflegeziele formuliert?</b>	ja	nein	l.n.z.	E.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	<i>basieren auf Ressourcen/Fähigkeiten, Problemen/Defiziten</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>erreichbar/überprüfbar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>durch PFK</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

12.9	<b>Sind für die vereinbarten Leistungen auf der Grundlage der Bedürfnisse, Probleme/Defizite und Ressourcen/Fähigkeiten individuelle Pflegemaßnahmen zur Erreichung der Pflegeziele geplant?</b>	ja	nein		E.
					<input type="checkbox"/>
a.	<i>auf Ziele ausgerichtet</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>individuell</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>handlungsleitend (wer, was, wann, wie oft etc.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	<i>durch PFK</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

12.10	<b>Werden Pflegeergebnisse für die vereinbarten Leistungen regelmäßig überprüft und definierte Pflegeziele und geplante Pflegemaßnahmen angepasst?</b>	ja	nein	l.n.z.	E.
					<input type="checkbox"/>
a.	<i>regelmäßig überprüft</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Pflegeziele bei Bedarf angepasst</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>Pflegemaßnahmen bei Bedarf angepasst</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	<i>ggf. zusätzliche oder neue Maßnahmen angeregt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	<i>durch PFK</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<b>12.11 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

<b>12.12 Spiegelt die Pflegedokumentation die Anwendung von Standards/Richtlinien wider?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

<b>12.13 Wird die Durchführung der vereinbarten Maßnahmen dokumentiert und von den durchführenden Mitarbeitern mit Handzeichen bestätigt?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
a. <i>alle durchgeführten Maßnahmen/Maßnahmenkomplexe abgezeichnet</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. <i>Datum und tageszeitliche Zuordnung ersichtlich</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. <i>Abzeichnung durch durchführende Mitarbeiter</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. <i>zeitnah abgezeichnet</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>12.14 Enthält der Pflegebericht Angaben zu Veränderungen, Befindlichkeiten des Pflegebedürftigen, Reaktionen auf pflegerische Maßnahmen, Abweichungen von den vereinbarten Maßnahmen?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	l.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
a. <i>regelmäßige Angaben zu Befindlichkeiten/Veränderungen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>Reaktionen und Abweichungen auf pflegerische Maßnahmen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. <i>Verlauf spiegelt sich wider</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. <i>nichtwertende Beschreibungen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<b>12.15 Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	l.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

12.16 Werden in der Pflegedokumentation Mehrfachdokumentationen vermieden?

ja

nein

E.

---

---

12.17 Wird bei Überleitungen in andere Versorgungsformen ein Überleitungsbogen angewandt?

ja

nein

l.n.z.

E.

---

---

### **13.        Behandlungspflege**

Die Fragen werden nur bearbeitet, wenn die entsprechenden behandlungspflegerischen Maßnahmen ärztlich verordnet wurden. Wenn keine der in diesem Kapitel genannten behandlungspflegerischen Maßnahmen erbracht werden, weiter mit Kapitel 14.

<b>13.1 Für welche Leistung der Behandlungspflege liegt eine ärztliche Verordnung vor?</b>	
a.	<input type="checkbox"/> keine
b.	<input type="checkbox"/> 6. Absaugen - Absaugen der oberen Luftwege - Bronchialtoilette (Bronchiallavage)
c.	<input type="checkbox"/> 8. Beatmungsgerät, Bedienen und Überwachen des
d.	<input type="checkbox"/> 9. Blasenspülung
e.	<input type="checkbox"/> 10. Blutdruckmessung
f.	<input type="checkbox"/> 11. Blutzuckermessung
g.	<input type="checkbox"/> 12. Dekubitusbehandlung
h.	<input type="checkbox"/> 13. Drainagen, Überprüfen von, Versorgen
i.	<input type="checkbox"/> 14. Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung
j.	<input type="checkbox"/> 15. Flüssigkeitsbilanzierung
k.	<input type="checkbox"/> 16. Infusionen, i. v.
l.	<input type="checkbox"/> 17. Inhalation
m.	<input type="checkbox"/> 18. Injektionen - i. m. - s. c.
n.	<input type="checkbox"/> 19. Injektionen, Richten von
o.	<input type="checkbox"/> 20. Instillation
p.	<input type="checkbox"/> 21. Kälteträger, Auflegen von
q.	<input type="checkbox"/> 22. Katheter Versorgung eines suprapubischen
r.	<input type="checkbox"/> 23. Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins
s.	<input type="checkbox"/> 24. Krankenbeobachtung, spezielle
t.	<input type="checkbox"/> 25. Magensonde, Legen und Wechseln
u.	<input type="checkbox"/> 26. Medikamentengabe, (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen) - Richten von ärztlich verordneten Medikamenten - Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten o über den Magen-Darmtrakt (auch über die Magensonde) o über die Atemwege o über die Haut und Schleimhaut ▪ als Einreibung ▪ als Bad zur Behandlung von Hauterkrankungen ▪ zur Behandlung des Mundes ▪ zur Behandlung des Auges
v.	<input type="checkbox"/> 27. Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei
w.	<input type="checkbox"/> 28. Stomabehandlung
x.	<input type="checkbox"/> 29. Trachealkanüle, Wechseln und Pflege der
y.	<input type="checkbox"/> 30. Venenkatheter, Pflege des zentralen
z.	<input type="checkbox"/> 31. Verbände - Anlegen und Wechseln von Wundverbänden - Anlegen eines Kompressionsverbandes - An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen II -IV - Anlegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden

13.2 Wird mit dem Absaugen von Versicherten sachgerecht umgegangen?		ja	nein	l.n.z.	E.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	Gezielte Informationssammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	Hygienische Grundsätze werden beachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e.	Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

---



---

13.3 Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen?		ja	nein	l.n.z.	E.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	Gezielte Informationssammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	Hygienische Grundsätze werden beachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	regelmäßige Funktionsüberprüfung des Beatmungsgerätes nach Herstellerangaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e.	Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f.	Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

---



---

13.4 Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?		ja	nein	l.n.z.	E.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	Gezielte Informationssammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	Hygienische Grundsätze werden beachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e.	Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

---



---

13.5 Wird mit der Blutdruckmessung bei Vorliegen einer Hypertonie sachgerecht umgegangen?		ja	nein	l.n.z.	E.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	Gezielte Informationssammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

---



---

	ja	nein	l.n.z.	E.
<b>13.6 Wird mit der Blutzuckermessung bei Vorliegen eines Diabetes mellitus sachgerecht umgegangen?</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <i>Gezielte Informationssammlung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. <i>Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. <i>Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

---



---

	ja	nein	l.n.z.	E.
<b>13.7 Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <i>Gezielte Informationssammlung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. <i>Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. <i>Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

---



---

	ja	nein	l.n.z.	E.
<b>13.8 Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <i>Gezielte Informationssammlung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. <i>Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. <i>Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

---



---

	ja	nein	l.n.z.	E.
<b>13.9 Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <i>Gezielte Informationssammlung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. <i>Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. <i>Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

---



---

13.10 Wird mit i.v. Infusionen sachgerecht umgegangen?		ja	nein	l.n.z.	E.
a.	Gezielte Informationssammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

---



---

13.11 Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?		ja	nein	l.n.z.	E.
a.	Gezielte Informationssammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

---



---

13.12 Wird mit Injektionen sachgerecht umgegangen?		ja	nein	l.n.z.	E.
a.	Gezielte Informationssammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

---



---

13.13 Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?		ja	nein	l.n.z.	E.
a.	Gezielte Informationssammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

---



---

	ja	nein	l.n.z.	E.
<b>13.14 Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <i>Gezielte Informationssammlung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. <i>Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. <i>Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

---



---

	ja	nein	l.n.z.	E.
<b>13.15 Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <i>Gezielte Informationssammlung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. <i>Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. <i>Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

---



---

	ja	nein	l.n.z.	E.
<b>13.16 Wird mit der speziellen Krankenbeobachtung sachgerecht umgegangen?</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <i>Gezielte Informationssammlung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. <i>Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. <i>Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

---



---

	ja	nein	l.n.z.	E.
<b>13.17 Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <i>Gezielte Informationssammlung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. <i>Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. <i>Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

---



---

13.18	Wird mit der Medikamentengabe sachgerecht umgegangen?	ja	nein	l.n.z.	E.
a.	Gezielte Informationssammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Applikationsform	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	Dokumentation des vollständigen Medikamentennamens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	Dosierung und Häufigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e.	tageszeitliche Zuordnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f.	Bedarfsmedikation in der Pflegedokumentation festgehalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g.	Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

13.19	Wird mit der Stomabehandlung sachgerecht umgegangen?	ja	nein	l.n.z.	E.
a.	Gezielte Informationssammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

13.20	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?	ja	nein	l.n.z.	E.
a.	Gezielte Informationssammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	Hygienische Grundsätze werden beachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e.	Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

13.21	Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?	ja	nein	l.n.z.	E.
a.	Gezielte Informationssammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

13.22	Wird mit frischen Wunden sachgerecht umgegangen?	ja	nein	l.n.z.	E.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	Zielgerichtete Informationssammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	Hygienische Grundsätze werden beachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e.	Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

13.23	Wird mit chronischen Wunden (z.B. Ulcus cruris) sachgerecht umgegangen?	ja	nein	l.n.z.	E.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	Gezielte Informationssammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	Hygienische Grundsätze werden beachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	differenzierte Wunddokumentation (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e.	Auswertung der Nachweise (z.B. Wunddokumentation) mit erforderlicher Anpassung der Maßnahmen und ggf. Information an den Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f.	Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

13.24	Wird mit Kompressionsstrümpfen/-verbänden sachgerecht umgegangen?	ja	nein	l.n.z.	E.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	Gezielte Informationssammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

#### 14. Auf den Pflegebedürftigen bezogene Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität

	ja	nein	l.n.z.	E.
<b>14.1 Wird bei Dekubitusgefahr mit dieser Situation sachgerecht umgegangen?</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Ressourcen/Fähigkeiten und Probleme/Defizite werden erkannt (einschließlich Risikofaktoren wie Ess- und Trinkverhalten, Inkontinenz oder Hautpflege-Problemen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. systematische Dekubitusrisikoerkennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Pflegebedürftiger/Pflegepersonen werden über Risiken, geeignete Ziele und erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Bewegungsplanung, Einsatz von Hilfsmitteln, Ernährung, Flüssigkeitsversorgung, Hautinspektion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Einsatz von Hilfsmitteln sachgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Durchführung der vereinbarten Maßnahmen nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Auswertung der Nachweise (z.B. Risikoerkennung, Bewegungsplan) mit erforderlicher Anpassung der Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g. Information Hausarzt und Pflegekasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. haut- und gewebeschonende Lagerungs- und Transfertechniken werden angewendet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	ja	nein	l.n.z.	E.
<b>14.2 Wird bei vorliegendem Dekubitus mit dieser Situation sachgerecht umgegangen?</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Ort und Zeitpunkt der Entstehung des Dekubitus sind nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Ressourcen/Fähigkeiten und Probleme/Defizite erkannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. differenzierte Wunddokumentation (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. Wundbehandlung erfolgt unter Einhaltung von Hygienegrundsätzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f. Anleitung der Pflegeperson zur Umsetzung des Bewegungsplanes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Umsetzung des Bewegungsplanes durch den Pflegedienst im Rahmen der Leistungserbringung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h. Einsatz von Hilfsmitteln sachgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i. die Durchführung der Maßnahmen nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
j. Auswertung der Nachweise (z.B. Bewegungsplan, Wunddokumentation) mit erforderlicher Anpassung der Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
k. Information Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	ja	nein	l.n.z.	E.
<b>14.3 Wird bei Pflegebedürftigen mit Inkontinenz (ohne Blasenkatheter) mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Ressourcen/Fähigkeiten und Probleme/Defizite erkannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Pflegebedürftige/Pflegepersonen werden über geeignete Ziele und erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, personeller Hilfebedarf z.B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Einsatz von Hilfsmitteln sachgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Durchführung der vereinbarten Maßnahmen nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. Auswertung der Nachweise (z.B. Bilanzierungsprotokoll, Miktionsprotokoll) mit erforderlicher Anpassung der Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f. Information Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	ja	nein	l.n.z.	E.
<b>14.4 Wird bei Pflegebedürftigen mit einem Blasenkatheter mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Ressourcen/Fähigkeiten und Probleme/Defizite erkannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Begründung für Katheter dem Pflegedienst bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. geeignete Ziele und erforderliche Maßnahmen geplant (z.B. Wechsel und Pflege des Blasenkatheters, Beratung des Pflegebedürftigen bzw. ihrer Pflegepersonen hinsichtlich Risiken, Maßnahmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Einsatz von Hilfsmitteln sachgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. Bilanzierungsprotokoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. tägliche Trinkmenge ausreichend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Durchführung der Maßnahmen nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h. Auswertung der Nachweise (z.B. Bilanzierungsprotokoll) mit erforderlicher Anpassung der Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
i. Information Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	ja	nein	l.n.z.	E.
<b>14.5 Wurde bei vorliegendem Sturzrisiko eine Beratung durchgeführt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein	L.n.z.	E.
<b>14.6 Wird bei Kontrakturgefahr mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Ressourcen/Fähigkeiten und Probleme/Defizite erkannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Pflegebedürftige/Pflegepersonen werden über Risiken, geeignete Ziele und erforderlichen Maßnahmen beraten (z.B. Lagerungs- und Bewegungsplan, aktive und passive Bewegungsübungen, Einsatz geeigneter Hilfsmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Einsatz von Hilfsmitteln sachgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Durchführung der vereinbarten Maßnahmen nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. Auswertung der Nachweise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f. Information Hausarzt und Pflegekasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. haut- und gewebeschonende Lagerungs- und Transfertechniken werden angewendet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

---



---

	ja	nein	L.n.z.	E.
<b>14.7 Erhält der Pflegebedürftige bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Aktuelle, systematische Schmerzeinschätzung (Priorität hat Selbsteinschätzung) liegt für Schmerzen und schmerzbedingte Probleme vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Verlaufskontrolle liegt für Schmerzen und schmerzbedingte Probleme vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Auswertung der Nachweise mit erforderlicher Anpassung der Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. Information Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Dem Pflegebedürftigen ist Beratung angeboten worden, um ihn zu befähigen, Schmerzen einzuschätzen, mitzuteilen und zu beeinflussen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

---



---

	ja	nein	l.n.z.	E.
<b>14.8 Wird bei Pflegebedürftigen mit Einschränkungen in der selbständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Ressourcen/Fähigkeiten erkannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. systematische Risikoerkennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Pflegebedürftige/Pflegepersonen werden über Risiken, geeignete Ziele und erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Angaben zur Nahrungs- und Trinkmenge, individuelle Gewichtskontrollen, Einsatz geeigneter Hilfsmittel, Berücksichtigung individueller Besonderheiten, Vorlieben, Abneigungen, Diäten, Unverträglichkeiten, Berücksichtigung zeitlicher Zusammenhänge Insulininjektion und Nahrungsaufnahme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Einsatz von Hilfsmitteln sachgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Nahrung angemessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Trinkmenge angemessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Durchführung der vereinbarten Maßnahmen nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Auswertung der Nachweise (z.B. Trinkprotokoll) mit erforderlicher Anpassung der Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
i. Information Hausarzt und Pflegekasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	ja	nein	l.n.z.	E.
<b>14.9 Wird bei Pflegebedürftigen mit einer PEG-Sonde mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Ressourcen/Fähigkeiten und Probleme/Defizite erkannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Begründung für PEG-Sonde dem Pflegedienst bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Pflegebedürftiger/Pflegepersonen werden über Risiken, geeignete Ziele und erforderlichen Maßnahmen beraten (z.B. ergänzende orale Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Durchflussgeschwindigkeit und Portionierung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Einsatz von Hilfsmitteln sachgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. Medikamentengabe über PEG-Sonde sachgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Nahrung angemessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Trinkmenge angemessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Durchführung der Maßnahmen nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
i. Auswertung der Nachweise (z.B. Trinkprotokolle) mit erforderlicher Anpassung der Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
j. Information Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>14.10</b>	<b>Wird bei Pflegebedürftigen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?</b>	ja	nein	l.n.z.	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	<i>Ressourcen und Probleme erkannt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Biografie berücksichtigt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>Pflegebedürftiger/Pflegepersonen werden über Risiken, geeignete Ziele und erforderliche Maßnahmen unter Berücksichtigung der Biografie beraten (z.B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	<i>Information Hausarzt und Pflegekasse</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<b>14.11</b>	<b>Werden im Rahmen der vereinbarten Leistungen geeignete Methoden bei gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen angewendet?</b>	ja	nein	l.n.z.	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>14.12</b>	<b>Wenn bei dem Pflegebedürftigen freiheitsentziehende Maßnahmen durch Pflegepersonen oder den Pflegedienst angewandt werden: Wird mit dieser Situation sachgerecht umgegangen?</b>	ja	nein	l.n.z.	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	<i>Zustimmung des Pflegebedürftigen, richterliche Genehmigung oder rechtfertigender Notstand liegt vor</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Notwendigkeit wird regelmäßig überprüft</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<b>14.13</b>	<b>Ist der Umgang der Pflegekraft mit dem Pflegebedürftigen angemessen?</b>	ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

<b>15.</b>	<b>Sonstiges</b>
------------	------------------

**Datum und Unterschriften:**

---

---