

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

## Erhebungsbogen zur Prüfung in der Einrichtung (Struktur- und Prozessqualität)

### 1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

1.1	<b>Auftragsnummer:</b>	
-----	------------------------	--

<b>1.2 Daten zur Einrichtung</b>		
a.	<i>Name</i>	
b.	<i>Strasse</i>	
c.	<i>PLZ/Ort</i>	
d.	<i>Telefon</i>	
e.	<i>Fax</i>	
f.	<i>E-Mail</i>	
g.	<i>Internet-Adresse</i>	
h.	<i>Träger/Inhaber</i>	
i.	<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>	
j.	<i>ggf. Verband</i>	
k.	<i>Datum Abschluss Versorgungsvertrag</i>	
l.	<i>Datum Inbetriebnahme der Einrichtung</i>	
m.	<i>Heimleitung Name</i>	
n.	<i>Verantw. PFK Name</i>	
o.	<i>Stellv. verantw. PFK Name</i>	
p.	<b>Heimmitwirkung</b> <input type="checkbox"/> <i>Heimbeirat</i> <input type="checkbox"/> <i>Heimförsprecher</i>	
q.	<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 der Einrichtung</b>		
<b>e. Prüfende(r) Gutachter</b>		
<b>f. An der Prüfung Beteiligte</b> <input type="checkbox"/> <i>Pflegekasse</i> <input type="checkbox"/> <i>Sozialhilfeträger</i> <input type="checkbox"/> <i>Heimaufsicht</i> <input type="checkbox"/> <i>Gesundheitsamt</i> <input type="checkbox"/> <i>Trägerverband</i> <input type="checkbox"/> <i>Sonstige: welche?</i>	<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. <input type="checkbox"/> 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	
j. Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen <input type="checkbox"/> Heimaufsicht <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> keine Angaben	MM.TT

<b>1.5 Von der Pflegeeinrichtung zur Prüfung vorgelegte Unterlagen?</b>
---

	ggf. Datum	liegt vor	liegt nicht vor	t.n.z.
Aufstellung über die Anzahl der vorgehaltenen und belegten Wohnplätze sowie der versorgten Bewohner, differenziert nach Wohnbereichen und Pflegestufen mit Datum		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
wohnbereichsbezogene Aufstellung über die Anzahl der Bewohner mit:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Wachkoma				
- Beatmungspflicht				
- Dekubitus				
- Blasenkatheter				
- PEG-Sonde				
- Fixierung				
- Kontraktur				
- vollständiger Immobilität				
- Tracheostoma				
- MRSA				
- Diabetes mellitus				
Versorgungsvertrag der Einrichtung/Strukturerhebungsbogen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LQV - Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a SGB XI		<input type="checkbox"/>	<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 und Betreuung tätigen Mitarbeiter mit Name, Berufsausbildung und Beschäftigungsumfang		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aktuelle Handzeichenliste		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liste der von der Einrichtung vorgehaltenen Pflegehilfsmittel/Hilfsmittel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dienstpläne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pflegeleitbild		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pflegekonzept		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hauswirtschaftskonzept		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Konzept soziale Betreuung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pflegedokumentationssystem		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schriftliche Mitteilung an Landesverbände der Pflegekassen über Zusatzleistungen nach § 88 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI		<input type="checkbox"/>	<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"/>	
Organigramm		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nachweise externes Qualitätsmanagement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pflegestandards/Leitlinien/Richtlinien		<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"/>	
Hauswirtschaftsbezogene Ausbildungsnachweise der hauswirtschaftlichen Mitarbeiter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>1.6 Art der Einrichtung und Versorgungssituation</b>
---

	<i>Vollstationäre Pflege</i>	<i>Kurzzeitpflege</i>	<i>Teilstationäre Pflege - Tag</i>	<i>Teilstationäre Pflege - Nacht</i>	<i>ggf. Bewohner im Schwerpunkt</i>
<i>vorgehaltene Plätze</i>					
<i>belegte Plätze</i>					
<b>davon vorgehaltene Plätze nach Organisationsform</b>					
<i>angegliedert</i>					
<i>eingestreut</i>					
<i>solitär</i>					

<b>1.7 Struktur der Wohn- und Pflegebereiche</b>
--

Wohn-/Pflegebereich	Bereich auf 1 Ebene	Anzahl Zimmer mit Wohnplätze				Anzahl Bewohner	davon gerontops. beeinträchtigt	davon nach SGB XI eingestuft in Pflegestufe							
		1	2	3	> 3			keine	I	II	III	davon Härtefälle	noch nicht eingestuft		
	ja <input type="checkbox"/>														
	nein <input type="checkbox"/>														
	ja <input type="checkbox"/>														
	nein <input type="checkbox"/>														
	ja <input type="checkbox"/>														
	nein <input type="checkbox"/>														
	ja <input type="checkbox"/>														
	nein <input type="checkbox"/>														
		<b>Gesamt:</b>													

<b>1.8</b>	<b>Nach Angabe der Pflegeeinrichtung Anzahl Bewohner mit:</b>	
a.	Wachkoma	
b.	Beatmungspflicht	
c.	Dekubitus	
d.	Blasenkatheter	
e.	PEG-Sonde	
f.	Fixierung	
g.	Kontraktur	
h.	vollständiger Immobilität	
i.	Tracheostoma	
j.	MRSA	
k.	Diabetes mellitus	

<b>1.9</b>	<b>Ist ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Wenn ja, welcher?</b>			

<b>1.10</b>	<b>Werden Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI von der Pflegeeinrichtung angeboten?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Wenn ja, welche?</b>			

<b>1.11</b>	<b>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"/> Grundpflege		
b.	<input type="checkbox"/> Behandlungspflege		
c.	<input type="checkbox"/> soziale Betreuung		
d.	<input type="checkbox"/> Speisen- und Getränkeversorgung		
e.	<input type="checkbox"/> Wäscheversorgung		
f.	<input type="checkbox"/> Hausreinigung		

## 2. Allgemeine Angaben

<b>2.1</b>	<b>Defizite in der Ausstattung bei:</b>
a.	<input type="checkbox"/> <i>Stufenloser Eingang und Wohnbereich, (Niveauunterschiede sind mit Rampen ausgeglichen)</i>
b.	<input type="checkbox"/> <i>Aufzüge mit großen, für Rollstuhlfahrer erreichbare (Höhe unter 1,20 m) Bedienelementen</i>
c.	<input type="checkbox"/> <i>Handläufe in den Fluren</i>
d.	<input type="checkbox"/> <i>Haltegriffe im Sanitärbereich (Toiletten, Duschen, Badewannen)</i>
e.	<input type="checkbox"/> <i>Bad und Toilette</i>
f.	<input type="checkbox"/> <i>Fäkalienspülen</i>
g.	<input type="checkbox"/> <i>intakte und erreichbare Rufanlage</i>
h.	<input type="checkbox"/> <i>höhenverstellbare Pflegebetten</i>
i.	<input type="checkbox"/> <i>Fußboden</i>
j.	<input type="checkbox"/> <i>Beleuchtung</i>
k.	<input type="checkbox"/> <i>allgemeine Orientierungshilfen (Speiseraum, WC, etc.)</i>
l.	<input type="checkbox"/> <i>abschließbare Medikamentenschränke</i>
m.	<input type="checkbox"/> <i>Sonstiges</i>

<b>2.2</b>	<b>Wird bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen?</b>	ja	nein	E.
a.	<i>individuelle Gestaltung des Zimmers (Einbettzimmer) bzw. von Teilen des Zimmers (Mehrbettzimmer) mit eigenen Möbeln möglich</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<i>Mitnahme persönlicher Gegenstände/Erinnerungsstücke möglich</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<i>Mitnahme Wäsche möglich</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	<i>abschließbare Schubladen oder Fächer stehen für jeden Bewohner zur Verfügung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>2.3</b>	<b>Bezüglich der strukturellen Anforderungen an die Versorgung von Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen trifft für die Einrichtung Folgendes zu:</b>	ja	nein	t.n.z.	E.
a.	<i>Bewegungs- und Aufenthaltsmöglichkeiten auch während der Nacht</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<i>identifikationserleichternde Milieugestaltung in Zimmern und Aufenthaltsräumen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>angemessene Beleuchtung in den unterschiedlichen Wohn- und Aufenthaltsbereichen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	<i>individuelle Orientierungshilfen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

2.4	Ist für die Bewohner bei Bedarf das jederzeitige Verlassen und Betreten der Pflegeeinrichtung gewährleistet (z.B. durch Pförtner, Vergabe von Schlüsseln, Klingel etc.)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	l.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
-----	--	--------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

---

---

2.5	Gibt es verbindliche Verfahrensweisen für den Einzug des Bewohners in die Einrichtung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
-----	--	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

---

---

**3. Aufbauorganisation Personal**

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

		ja	nein	E.
<b>3.2</b>	<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
<b>3.3</b>	<b>Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:</b>		
a.	Pflegefachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	ausreichende Berufserfahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Weiterbildung zur Leitungsqualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

---



---

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

---



---

3.7	Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:	ja	nein
a.	<input type="checkbox"/> Pflegefachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	<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) Krankenpfleger/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>						
soziale Betreuung						
<i>Sozialpädagogen</i>						
<i>Sozialarbeiter/in</i>						
<i>Ergotherapeuten/ Beschäftigungstherapeuten</i>						
<i>Sonstige</i>						
hauswirtschaftliche Versorgung						
<i>hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3 jährige Ausb.)</i>						
<i>Hilfskräfte und angelernte Kräfte</i>						

#### 4. Ablauforganisation

		ja	nein	E.
<b>4.1</b>	<b>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"/>	

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

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

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

---



---

<b>4.5 Ist durch die Personaleinsatzplanung eine kontinuierliche Pflege- und Versorgung der Bewohner gegeben?</b>		ja	nein	E.
				<input type="checkbox"/>
a.	<i>Kontinuität in der Pflege von Montag bis Freitag tagsüber gegeben</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>Kontinuität in der Pflege nachts gegeben</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<i>Besetzung an Wochenenden/Feiertagen mit Wochentagen vergleichbar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	<i>Kontinuität in der sozialen Betreuung gegeben</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	<i>Kontinuität in der hauswirtschaftlichen Versorgung gegeben</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

---



---

<b>4.6 Gibt es Hinweise darauf, dass die Personaleinsatzplanung mit Blick auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohner nicht adäquat ist?</b>		ja	nein	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---



---

## 5. Konzeptionelle Grundlagen

		ja	nein	t.n.z.	E.
<b>5.1</b>	<b>Wenn schwerpunktmäßig besondere Personengruppen versorgt werden: Werden die diesbezüglichen Anforderungen erfüllt?</b>			<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	t.n.z.	E.
<b>5.2</b>	<b>Liegt ein geeignetes schriftliches Pflegekonzept vor?</b>				<input type="checkbox"/>
a.	<i>Aussagen zum Pflegemodell</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Aussagen zum Pflegesystem</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>Aussagen zum Pflegeprozess</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	<i>Aussagen zur innerbetrieblichen Kommunikation</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e.	<i>Aussagen zum Qualitätssicherungssystem</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f.	<i>Aussagen zur Leistungsbeschreibung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g.	<i>Aussagen zur Kooperation mit anderen Diensten</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h.	<i>Aussagen zur räumliche Ausstattung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
i.	<i>Aussagen zur personellen Ausstattung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
j.	<i>Aussagen zur sachlichen Ausstattung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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

		ja	nein	t.n.z.	E.
<b>5.4</b>	<b>Gibt es schriftliche Regelungen bezüglich der sozialen Betreuung in einem Konzept?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

	ja	nein	t.n.z.	E.
<b>5.5</b> Liegt ein geeignetes schriftliches Konzept zur hauswirtschaftlichen Versorgung vor?				<input type="checkbox"/>
a. Aussagen zur Leistungsgestaltung Verpflegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Aussagen zur Leistungsgestaltung Hausreinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Aussagen zur Leistungsgestaltung Wäscheservice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Aussagen zur Kooperation mit anderen Diensten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Aussagen zur personellen Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

---



---

	ja	nein	t.n.z.	E.
<b>5.6</b> Ist das Konzept zur hauswirtschaftlichen Versorgung den Mitarbeitern bekannt?				<input type="checkbox"/>
a. Mitarbeitern Pflege bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Mitarbeitern Hauswirtschaft 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"/>

---



---

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

---



---

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

---



---

<b>6.5</b>	<b>Werden Maßnahmen der internen Qualitätssicherung im Bereich Hauswirtschaft durchgeführt?</b>	ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

---



---

<b>6.6</b>	<b>Wird das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (im Sinne des PDCA-Zyklus) gehandhabt?</b>	ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
a.	<i>Istanalyse, Zielformulierung und Maßnahmenplanung (Plan)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Umsetzung (Do)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>Überprüfung der Wirksamkeit (Check)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	<i>Anpassung der Maßnahmen (Act)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

---



---

<b>6.7</b>	<b>Liegt in der Pflegeeinrichtung eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor?</b>	ja	nein		E.
a.	<i>aktuell (umfasst alle Mitarbeiter, die seit mehr als 1 Woche beschäftigt sind)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Nennung der Qualifikation</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>Vor- und Zunamen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	<i>Handzeichen übereinstimmend</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<b>6.8</b>	<b>Liegt ein bedarfsgerechter prospektiver Fortbildungsplan für alle Leistungsbereiche vor?</b>	ja	nein	t.n.z.	E.
a.	<i>Fortbildungsplan Pflege</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Fortbildungsplan soziale Betreuung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>Fortbildungsplan hauswirtschaftliche Versorgung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	<i>bei Schwerpunkt schwerpunktspezifische Fortbildungen berücksichtigt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>6.9</b>	<b>Werden alle in der Pflege, sozialen Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung tätigen Mitarbeiter in die Fortbildung einbezogen?</b>	ja	nein	t.n.z.	E.
a.	<i>Einbeziehung aller Mitarbeiter Pflege</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Einbeziehung aller Mitarbeiter soziale Betreuung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>Einbeziehung aller Mitarbeiter hauswirtschaftliche Versorgung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>6.10</b>	<b>Werden aktuelle Fachliteratur und Fachzeitschriften für die Mitarbeiter in der Einrichtung im Bereich Pflege zugänglich vorgehalten?</b>	ja	nein		E.
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"/>		

	ja	nein	l.n.z.	E.
<b>6.11 Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt?</b>				<input type="checkbox"/>
a. Zielvorgaben im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. zeitlichen Vorgaben im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. inhaltlichen Vorgaben im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Pflegefachkraft als Ansprechpartner im Konzept benannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. Differenzierung nach Qualifikation der Mitarbeiter im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f. Einarbeitungsbeurteilung im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g. Konzept angewandt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	ja	nein	l.n.z.	E.
<b>6.12 Werden Methoden zur Sicherstellung der Informationsweitergabe genutzt?</b>				<input type="checkbox"/>
a. Übergabegespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. regelmäßigen Dienstbesprechungen Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. regelmäßigen Dienstbesprechungen soziale Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. regelmäßigen Dienstbesprechungen hauswirtschaftliche Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. professionsübergreifende Dienstbesprechungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f. schriftlich fixierte Regelungen (z.B. Dienstabweisungen, Rundschreiben, Aushang, Intranet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

	ja	nein		E.
<b>6.13 Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen für Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Bewohnern?</b>				<input type="checkbox"/>
a. Schulungen Erste-Hilfe-Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. schriftliche Regelung für Notfälle bei Bewohnern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

	ja	nein		E.
<b>6.14 Werden in der Pflegeeinrichtung Regelungen zum Umgang mit Beschwerden angewendet?</b>				<input type="checkbox"/>
a. schriftliche Regelung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Beschwerdeerfassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Beschwerdeauswertung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

## 7. Pflegedokumentationssystem

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

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

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

## 8. Hygiene

		ja	nein	E.
<b>8.1</b>	<b>Ist der Gesamteindruck der Einrichtung im Hinblick auf Sauberkeit und Hygiene gut? (z.B. Optische Sauberkeit, Ordnung, Geruch)</b>			<input type="checkbox"/>
a.	<i>im Eingangsbereich</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>in Bewohnerzimmer(n)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<i>in Dienstzimmer(n)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	<i>in Sanitärräume(n)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	<i>in Aufenthaltsräume(n) der Bewohner</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f.	<i>bei Hilfsmitteln</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g.	<i>bei Kleidung der Mitarbeiter</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h.	<i>räumliche Trennung von Arbeits-, sonstigen Hilfsmitteln und Wäsche in rein und unrein</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		ja	nein	E.
<b>8.2</b>	<b>Gibt es in der Pflegeeinrichtung 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 kontagi�ser 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>innerbetrieblicher 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>8.3</b>	<b>Stehen den Mitarbeitern in stichprobenartig besuchten Wohnbereichen 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"/>	

<b>8.4</b>	<b>Wenn in der Pflegeeinrichtung Bewohner mit MRSA wohnen: Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	l.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
------------	---	--------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

---



---

## 9. Verpflegung

<b>9.1</b>	<b>Wird in der Pflegeeinrichtung ein Speiseplan veröffentlicht und den Bewohnern zur Kenntnis gebracht?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
<b>a.</b>	<i>seniorengerechte Schriftgröße</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>b.</b>	<i>Speisepläne hängen in den Wohnbereichen aus</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>c.</b>	<i>Ausgehängte Speisepläne sind für Rollstuhlfahrer einsehbar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>d.</b>	<i>immobile Bewohner bekommen Speiseplan oder werden über das Speisenangebot systematisch informiert</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

---



---

<b>9.2</b>	<b>Wird in der Einrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speisenangebot vorgehalten?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
<b>a.</b>	<i>Wahlmöglichkeiten</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>b.</b>	<i>Diätkost z.B. Diabetes etc.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>c.</b>	<i>Wunschkost</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>d.</b>	<i>bedarfsgerechtes Speisenangebot für gerontopsychiatrisch veränderte Bewohner</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>e.</b>	<i>bei bestehender Kaufähigkeit Angebot fester Speisen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>f.</b>	<i>bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Schluckstörungen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

---



---

<b>9.3</b>	<b>Übernehmen die Bewohner ihren Fähigkeiten entsprechend die mundgerechte Zubereitung der Nahrung?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
------------	---	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

---



---

9.4 Zu welchen Zeiten werden die Mahlzeiten angeboten?		
a. Frühstück		
	<b>von</b>	<b>bis</b>
b. Zwischenmahlzeit		
	<b>von</b>	<b>bis</b>
c. Mittagessen		
	<b>von</b>	<b>bis</b>
d. Zwischenmahlzeit/Kaffee		
	<b>von</b>	<b>bis</b>
e. Abendessen		
	<b>von</b>	<b>bis</b>
f. Spätmahlzeit		
	<b>von</b>	<b>bis</b>
g. Nachtmahlzeit		
	<b>von</b>	<b>bis</b>

9.5 Findet eine angemessene Getränkeversorgung für die Bewohner zuzahlungsfrei statt?		ja	nein
a.	Bewohner über Angebot nachvollziehbar informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Kaltgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Warmgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E.

	ja	nein	l.n.z.	E.
<b>9.6 Wird speziellen Erfordernissen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr der Bewohner Rechnung getragen?</b>				<input type="checkbox"/>
a. geeignete Regelungen zur Vermeidung von Mangelernährung und Exsikkose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. mindestens drei Haupt- und zwei Zwischenmahlzeiten angeboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. der Abstand zwischen der zuletzt für alle Bewohner angebotenen Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen beträgt weniger als 12 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. der Abstand der zuletzt für Bewohner mit Diabetes mellitus oder gerontopsychiatrisch beeinträchtigte Bewohner angebotenen Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen beträgt weniger als 10 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

---



---

## 10. Soziale Betreuung

	ja	nein	E.
<b>10.1 Werden Leistungen der sozialen Betreuung angeboten?</b>			<input type="checkbox"/>
a. Gruppenangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Einzelangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. jahreszeitliche Feste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Maßnahmen zur Kontaktpflege zu den Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

---



---

	ja	nein	E.
<b>10.2 Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Struktur und Bedürfnisse der Bewohner ausgerichtet?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---



---

	ja	nein	E.
<b>10.3 Wird die soziale Betreuung durch festangestellte Mitarbeiter koordiniert?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---



---

<b>10.4</b>	<b>Besitzt der für die Betreuung der gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Bewohner zuständige Mitarbeiter spezielle Kenntnisse (Fort- und/oder Weiterbildung)?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	l.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
<b>Wenn ja welche?</b>					

---



---

<b>10.5</b>	<b>Ist das Angebot an sozialer Betreuung ausreichend?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		E. <input type="checkbox"/>
<b>a.</b>	<i>Angebot nahezu täglich</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>b.</b>	<i>Angebot zu unterschiedlichen Tageszeiten (z.B. Montag vormittags, Dienstag nachmittags)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>c.</b>	<i>für Bewohner mit vollständiger Immobilität nahezu tägliches Angebot zur Tagesstrukturierung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>d.</b>	<i>für Bewohner mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen (z.B. Demenz, Depression) nahezu tägliches Angebot zur Tagesstrukturierung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

---



---

<b>10.6</b>	<b>Werden diese Angebote den Bewohnern in geeigneter Weise zur Kenntnis gebracht?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		E. <input type="checkbox"/>
-------------	---	--------------------------------	----------------------------------	--	--------------------------------

---



---

<b>10.7</b>	<b>Wird Beratung angeboten?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		E. <input type="checkbox"/>
-------------	---------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--	--------------------------------

---



---

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

### 11. Allgemeine Angaben

← **Formatiert:** Nummerierung und Aufzählungszeichen

<b>11.1 Auftragsnummer:</b>				
<b>Datum</b>		<b>Uhrzeit</b>		<b>Nummer Erhebungsbogen</b>

<b>11.2 Angaben zum Bewohner</b>					ja	nein
<b>a.</b>	<i>Name</i>					
<b>b.</b>	<i>Pflegekasse</i>					
<b>c.</b>	<i>Pflege-/Wohnbereich</i>					
<b>d.</b>	<i>Geburtsdatum</i>					
<b>e.</b>	<i>Einzugsdatum</i>					
<b>f.</b>	<i>Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung</i>					
<b>g.</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>h.</b>	<i>Ist der Bewohner mit der Befragung/Feststellung des Pflegezustandes einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)</i>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>i.</b>	<i>Vorhandene Unterlagen</i>					

<b>11.3 Anwesende Personen</b>	
<b>a.</b>	<i>Gutachter</i>
<b>b.</b>	<i>Mitarbeiter Einrichtung (Funktion/Qualifikation)</i>
<b>c.</b>	<i>sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)</i>

## 12. Bewohnerzufriedenheit

Wenn der Bewohner nicht auskunftsfähig ist weiter mit 13

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

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

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

12.3 Werden Sie von den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?	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"/>

12.4 Fragen die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?	immer	häufig	geleg.	nie	k.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.5 Entspricht die Speisenversorgung in der Einrichtung Ihren individuellen Bedürfnissen?	immer	häufig	geleg.	nie	k.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.6 Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?	ja			nein	tnz	k.A.
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.7 Zu welchen Zeiten werden Ihnen folgende Mahlzeiten angeboten?								tnz	k.A.
Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Spätmahlzeit			
ab	bis	ab	bis	ab	bis	ab	bis		

12.8 Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?	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"/>

12.9 Bekommen Sie Ihrer Meinung nach jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten?	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>12.10</b>	<b>Entsprechen die Angebote der Einrichtung zur Unterhaltung und Beschäftigung Ihren individuellen Interessen?</b>	immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	geleg. <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
--------------	--	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

<b>12.11</b>	<b>Wird Ihnen die Teilnahme an Beschäftigungsangeboten ermöglicht?</b>	immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	geleg. <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	tanz <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
--------------	--	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

<small>Bewertungsfrage</small>							
<b>12.12</b>	<b>Werden Ihnen Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien angeboten?</b>	immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	geleg. <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	tanz <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>

<b>12.13</b>	<b>Wie lange dauert es, wenn Sie klingeln, bis eine Pflegekraft zu Ihnen kommt?</b>				tanz <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
<b>a.</b>	am Tag	Ca.		Min.		
<b>b.</b>	in der Nacht	Ca.		Min.		

<b>12.14</b>	<b>Ist der Zeitraum zwischen Klingeln und Erscheinen der Pflegekraft für Sie angemessen?</b>	immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	geleg. <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	tanz <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
--------------	--	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

<b>12.15</b>	<b>Können Sie jederzeit Besuch empfangen?</b>	immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	geleg. <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	tanz <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
--------------	---	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

<b>12.16</b>	<b>Entspricht die Reinigung der Einrichtung Ihren Erwartungen?</b>	immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	geleg. <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
--------------	--	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

<b>12.17</b>	<b>Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück?</b>	immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	geleg. <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	tanz <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
--------------	---	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

<b>12.18</b>	<b>Haben Sie sich schon mal beschwert?</b>	ja <input type="checkbox"/>			nein <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
<b>Wenn ja: Worüber?</b>						

<b>12.19</b>	<b>Hat sich nach der Beschwerde etwas zum Positiven verändert?</b>	ja <input type="checkbox"/>			nein <input type="checkbox"/>	tanz <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
--------------	--	--------------------------------	--	--	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

12.20	Haben Sie noch Wünsche zur Betreuung durch die Pflegeeinrichtung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
-------	---	--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

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

<b>13.1 Bewohner 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>

<b>13.2 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung</b>	
a.	Aktuelles Gewicht <span style="float: right;"><i>kg</i></span>
b.	Aktuelle Größe <span style="float: right;"><i>cm</i></span>
c.	BMI (kg/m <sup>2</sup> )
d.	Ernährungszustand <input type="checkbox"/> <i>übergewichtig</i> <input type="checkbox"/> <i>gut</i> <input type="checkbox"/> <i>Risikobereich zum Untergewicht</i> <input type="checkbox"/> <i>untergewichtig</i>
e.	Flüssigkeitsversorgung <input type="checkbox"/> <i>unauffällig</i> <input type="checkbox"/> <i>konzentrierter Urin</i> <input type="checkbox"/> <i>trockene Schleimhäute</i> <input type="checkbox"/> <i>stehende Hautfalten</i> <input type="checkbox"/> <i>kein Speichelsee unter Zunge</i>

l.n.z.

<b>13.3 Der Bewohner ist versorgt mit:</b>									
	<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									

<b>13.4 Orientierung und Kommunikation</b>		ja	nein
a.	sinnvolles Gespräch möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	nonverbale Kommunikation möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>13.5 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt</b>		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	<b>Beschreibung</b>		
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>13.6 Sturzrisiko</b>		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/>			
Einrichtung übernommen <input type="checkbox"/>			

<b>13.7 Hat der Bewohner chronische Schmerzen?</b>		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
<b>Wenn ja: Erhält der Pflegebedürftige Schmerzmedikamente?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>13.8 Mundzustand/Zähne</b>	
	<b>Beschreibung</b>
a. <input type="checkbox"/> normal	<i>(Beschreibung nicht erforderlich)</i>
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	

<b>13.9 Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten</b>	
	<b>Beschreibung</b>
a. <input type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
b. <input type="checkbox"/> Besonderheiten	(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel)

<b>13.10 Hautzustand</b>	
	<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	

<b>13.11 Dekubitusrisiko</b>		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Punkte ____	nach:		
	Norton	<input type="checkbox"/>	Gutachter erhoben <input type="checkbox"/>
	Braden	<input type="checkbox"/>	Einrichtung übernommen <input type="checkbox"/>
	Sonstige	<input type="checkbox"/>	

**13.12 Beschreibung vorliegender Wunden**

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

<b>13.13</b> Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)	
a.	Wunde 1
b.	Wunde 2
c.	Wunde 3

 l.n.z.  


#### 14. Umsetzung des Pflegeprozesses und Pflegedokumentation

<b>14.1</b> Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Gespräch vor oder beim Einzug durchgeführt wurde?		ja	nein	l.n.z.	E.
a.	Gespräch geführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	durch PFK (ggf. Heim- oder Pflegedienstleitung, Sozialer Dienst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<b>14.2</b> Wurden alle Stammdaten in der Pflegedokumentation erfasst?		ja	nein	E.
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 des Einzugs, ggf. Umzugs im Haus	<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.	Kostform	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g.	Medizinische/therapeutische Versorgungssituation (Hausarzt, Rehabilitation, Krankenhausaufenthalte etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h.	soziale Versorgungssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i.	Information zu Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>14.3</b>	<b>Ist eine Pflegeanamnese/Informationssammlung erstellt worden?</b>	ja	nein	E.
				<input type="checkbox"/>
a.	<i>pflegerelevante Vorgeschichte</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>persönliche Pflegegewohnheiten</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<i>Bedürfnisse/Wünsche/Abneigungen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	<i>aktuelle Ressourcen/Fähigkeiten</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	<i>aktuelle Probleme/Defizite</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f.	<i>durch PFK</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>14.4</b>	<b>Enthält die Pflegeanamnese/Informationssammlung Angaben zur Biografie?</b>	ja	nein	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>14.5</b>	<b>Sind individuelle Pflegeziele formuliert?</b>	ja	nein	E.
				<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"/>	

<b>14.6</b>	<b>Sind 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"/>	

<b>14.7</b>	<b>Wird bei der Pflegeplanung die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?</b>	ja	nein	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>14.8</b>	<b>Werden Pflegeergebnisse regelmäßig überprüft und definierte Pflegeziele und geplante Pflegemaßnahmen angepasst?</b>	ja	nein	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>durch PFK</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

---



---

<b>14.9</b>	<b>Spiegelt die Pflegedokumentation die Anwendung von Standards/Richtlinien wider?</b>	ja	nein	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---



---

<b>14.10</b>	<b>Wird die Durchführung der geplanten Maßnahmen dokumentiert und von den durchführenden Mitarbeitern mit Handzeichen bestätigt?</b>	ja	nein	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>14.11</b>	<b>Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?</b>	ja	nein	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---



---

<b>14.12 Enthält der Pflegebericht Angaben zu Veränderungen, Befindlichkeiten des Bewohners, Reaktionen auf pflegerische Maßnahmen, Abweichungen von den geplanten Maßnahmen?</b>	ja	nein	l.n.z.	E.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<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>14.13 Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?</b>	ja	nein	l.n.z.	E.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---



---

<b>14.14 Werden in der Pflegedokumentation Mehrfachdokumentationen vermieden?</b>	ja	nein		E.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

---



---

<b>14.15 Wird bei Überleitungen in andere Versorgungsformen ein Überleitungsbogen angewandt?</b>	ja	nein	l.n.z.	E.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---



---

<b>14.16 Ist nach Abgleich der Pflegedokumentation mit der Handzeichenliste eine personelle Kontinuität ersichtlich?</b>	ja	nein		E.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

---



---

## 15. Behandlungspflege

		ja	nein	l.n.z.	E.
15.1	<b>Ist die ärztliche Anordnung und Durchführung behandlungspflegerischer Maßnahmen nachvollziehbar?</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	<i>ärztliche Anordnung vorhanden</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>Durchführung entspricht ärztlicher Anordnung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		ja	nein	l.n.z.	E.
15.2	<b>Sind auf dem vorgesehenen Formblatt zur Medikation die verordneten Medikamente vollständig und korrekt dokumentiert?</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	<i>Applikationsform</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Dokumentation des vollständigen Medikamentennamens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>Dosierung und Häufigkeit</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	<i>tageszeitliche Zuordnung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e.	<i>Bedarfsmedikation in der Pflegedokumentation festgehalten</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		ja	nein	l.n.z.	E.
15.3	<b>Ist der Umgang mit Medikamenten sach- und fachgerecht?</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	<i>gerichtete Medikamente stimmen mit den Angaben in der Pflegedokumentation überein</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>bewohnerbezogene Beschriftung und Aufbewahrung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>Kühlschranklagerung (2-8 °C) bei Notwendigkeit</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	<i>sachgerechte Betäubungsmittelhandhabung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	<i>Anbruchdatum und Verfallsdatum von Medikamenten mit begrenzter Gebrauchsdauer nach Öffnung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f.	<i>Kennzeichnung der Blisterpackungen mit eindeutigen Bewohnerangaben (insbesondere Name, Vorname, Geburtsdatum) sowie mit Angaben zu den Medikamenten (Name, Farbe, Form, Stärke)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g.	<i>Direktverabreichung der Medikamente aus der Blisterpackung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h.	<i>Medikamentenumstellungen bei Verblistierung können kurzfristig umgesetzt werden</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>15.4</b>	<b>Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	l.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
-------------	--	--------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

<b>15.5</b>	<b>Ist der Umgang mit Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	l.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
-------------	---	--------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

<b>15.6</b>	<b>Wird mit chronischen Wunden (z.B. Ulcus cruris) sachgerecht umgegangen?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	l.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
a.	<i>Ort und Zeitpunkt der Entstehung nachvollziehbar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>ärztliche Anordnungen erkennbar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	<i>Wundbehandlung erfolgt unter Einhaltung von Hygienegrundsätzen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e.	<i>differenzierte Wunddokumentation (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f.	<i>Auswertung der Nachweise (z.B. Wunddokumentation) mit erforderlicher Anpassung der Maßnahmen und ggf. Information an den Arzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

## 16. Bewohnerbezogene Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität

	ja	nein	l.n.z.	E.
<b>16.1 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. geeignete Ziele und erforderlichen Maßnahmen werden geplant (z.B. Bewegungsplanung, Einsatz von Hilfsmitteln, Ernährung, Flüssigkeitsversorgung, Hautinspektion, ggf. Beratung der Bewohner bzw. ihrer Angehörigen hinsichtlich der Risiken und Maßnahmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Einsatz von Hilfsmitteln sachgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Durchführung der Maßnahmen nachvollziehbar	<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>16.2 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. ärztliche Anordnungen erkennbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f. Wundbehandlung erfolgt unter Einhaltung von Hygienegrundsätzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g. Umsetzung des Bewegungsplanes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h. Einsatz von Hilfsmitteln sachgerecht	<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>16.3 Wird bei Bewohnern 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. geeignete Ziele und erforderliche Maßnahmen geplant (z.B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, Personeller Hilfebedarf z.B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion, Beratung der Bewohner bzw. ihrer Angehörigen hinsichtlich Risiken und Maßnahmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Einsatz von Hilfsmitteln sachgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Durchführung der 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>16.4 Wird bei Bewohnern 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 der Einrichtung bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. geeignete Ziele und erforderliche Maßnahmen geplant (z.B. Wechsel und Pflege des Blasenkatheters, Beratung der Bewohner bzw. ihrer Angehörigen hinsichtlich Risiken, Maßnahmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Ärztliche Anordnung zum Legen/Wechseln erkennbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Einsatz von Hilfsmitteln sachgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f. Bilanzierungsprotokoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. tägliche Trinkmenge ausreichend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h. Durchführung der Maßnahmen nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
i. Auswertung der Nachweise (z.B. Bilanzierungsprotokoll) mit erforderlicher Anpassung der Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
j. Information Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	ja	nein	l.n.z.	E.
<b>16.5 Wird bei Bewohnern mit einem Sturzrisiko 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. geeignete Ziele und erforderliche Maßnahmen geplant (z.B. sichere Umgebung, Beleuchtung, Möbel, Schuhe, ggf. zusätzliche Kontrollgänge, Übungen zur Steigerung der Kraft und Balance, Einsatz geeigneter Hilfsmittel, Beratung der Bewohner bzw. ihrer Angehörigen hinsichtlich Risiken und Maßnahmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Einsatz von Hilfsmitteln sachgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Nachweis von Sturzereignissen nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Durchführung der Maßnahmen nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g. Auswertung der Nachweise (z.B. Nachweis zu Sturzereignissen) mit erforderlicher Anpassung der Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h. Information Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	ja	nein	l.n.z.	E.
<b>16.6 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. geeignete Ziele und erforderlichen Maßnahmen geplant (z.B. Lagerungs- und Bewegungsplan, aktive und passive Bewegungsübungen, Einsatz geeigneter Hilfsmittel, Beratung der Bewohner bzw. ihrer Angehörigen hinsichtlich Risiken und Maßnahmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Einsatz von Hilfsmitteln sachgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Durchführung der 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>16.7 Erhält der Bewohner bei Schmerzzuständen 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 Bewohner 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>16.8 Wird bei Bewohnern 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. geeignete Ziele und erforderlichen Maßnahmen geplant (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, Beratung der Bewohner bzw. ihrer Angehörigen hinsichtlich Risiken und Maßnahmen)	<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"/>		
f. Trinkmenge angemessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g. Durchführung der Maßnahmen nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h. Auswertung der Nachweise (z.B. Nachweis zu Trinkprotokolle) 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>16.9 Wird bei Bewohnern 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 der Einrichtung bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. geeignete Ziele und erforderlichen Maßnahmen geplant (z.B. ergänzende orale Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Durchflussgeschwindigkeit und Portionierung, Beratung der Bewohner bzw. ihrer Angehörigen hinsichtlich Risiken und Maßnahmen)	<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"/>		
g. Trinkmenge angemessen	<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"/>	

	ja	nein	l.n.z.	E.
<b>16.10 Wird bei Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Biographiearbeit gewährleistet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Angehörigenarbeit gewährleistet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. individuelle Tagesgestaltung (möglichst auf der Basis der Biographie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Selbstbestimmung in der Pflegeplanung berücksichtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. Bewegungsförderung berücksichtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f. individuell angepasste visuelle und akustische Reize angeboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g. angepasste Kommunikation nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h. Information Hausarzt und Pflegekasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

	ja	nein	l.n.z.	E.
<b>16.11 Werden geeignete Methoden im Umgang mit gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Bewohnern angewendet?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein	l.n.z.	E.
<b>16.12</b>	<b>Wenn bei dem Bewohner freiheitsentziehende Maßnahmen festzustellen sind: Wird mit dieser Situation sachgerecht umgegangen?</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	<i>Zustimmung des Bewohners, richterliche Genehmigung oder rechtfertigender Notstand liegt vor</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Durchführung der Maßnahmen nachvollziehbar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>Notwendigkeit wird regelmäßig überprüft</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

		ja	nein	l.n.z.	E.
<b>16.13</b>	<b>Wird erforderliche Körperpflege nachweislich durchgeführt?</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	<i>Bei körperpflegerischen Maßnahmen werden Bedürfnisse und Gewohnheiten des Bewohners berücksichtigt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>hygienisch notwendige Maßnahmen (z.B. ausreichende Körperpflege bei Inkontinenz) werden nach den Prinzipien der aktivierenden Pflege durchgeführt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>keine hygienischen Defizite erkennbar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	<i>geplante Maßnahmen werden laut Durchführungsnachweis erkennbar erbracht</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e.	<i>Abweichungen von geplanten Maßnahmen werden dokumentiert und begründet</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

		ja	nein	l.n.z.	E.
<b>16.14</b>	<b>Wird erforderliche Mund- und Zahnpflege nachweislich durchgeführt?</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	<i>Mund- und Zahnpflegetechniken (Zähnebürsten, Prothesenreinigung, Mund- und Lippenpflege) werden nach Bedarf regelmäßig durchgeführt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>erforderliche Zahn- und Mundpflegeutensilien stehen bereit</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>Durchführung der erforderlichen Maßnahmen ist nachvollziehbar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<b>17.</b>	<b>Sonstiges</b>
------------	------------------

**Datum und Unterschriften:**

---

---