



Dokumentation auffälliger Befunde bei Pflegebedürftigen

1 Angaben zu der pflegebedürftigen Person			
Name, Vorname des/der Pflegebedürftigen:			
Geburtsdatum:			
Anschrift:			
Pflegestufe:			
Körpergröße:	cm	Gewicht:	kg
Veränderungen im Gewicht:		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?:
Wann erfasst?: <input type="checkbox"/> Nicht erhoben			
Liegt eine gesetzliche Betreuung nach §§ 1896ff BGB vor?			
<input type="checkbox"/> Nein			
<input type="checkbox"/> Ja, Name und Anschrift des Betreuers/der Betreuerin:			
Liegt eine Anordnung für den Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen (FEM) vor?			
<input type="checkbox"/> Nicht bekannt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit: Welche Maßnahmen?:			
Liegen ärztliche Diagnosen vor? (Hier kann auch auf die Pflegedokumentation verwiesen werden)			
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?:			
<input type="checkbox"/> Nicht bekannt, weil:			
Namen und Anschriften der behandelnden Ärztinnen/Ärzte (soweit bekannt):			
2 Angaben zu der Dokumentation			
Institution:			
Dokumentierende Pflegekraft/Pflegekräfte:			
Datum und Uhrzeit der Dokumentation:			
Liegen Sprach- oder Verständigungsschwierigkeiten vor?			
<input type="checkbox"/> Nein			
<input type="checkbox"/> Ja, aufgrund?:			
<i>(z. B. einem Schlaganfall, einer Demenzerkrankung oder mangelnder Deutschkenntnisse)</i>			
Weitere anwesende Personen bei der Befunderhebung?:			
<i>(z. B. Angehörige, Nachbarn, Hausarzt/Hausärztin, Übersetzer/Übersetzerin)</i>			

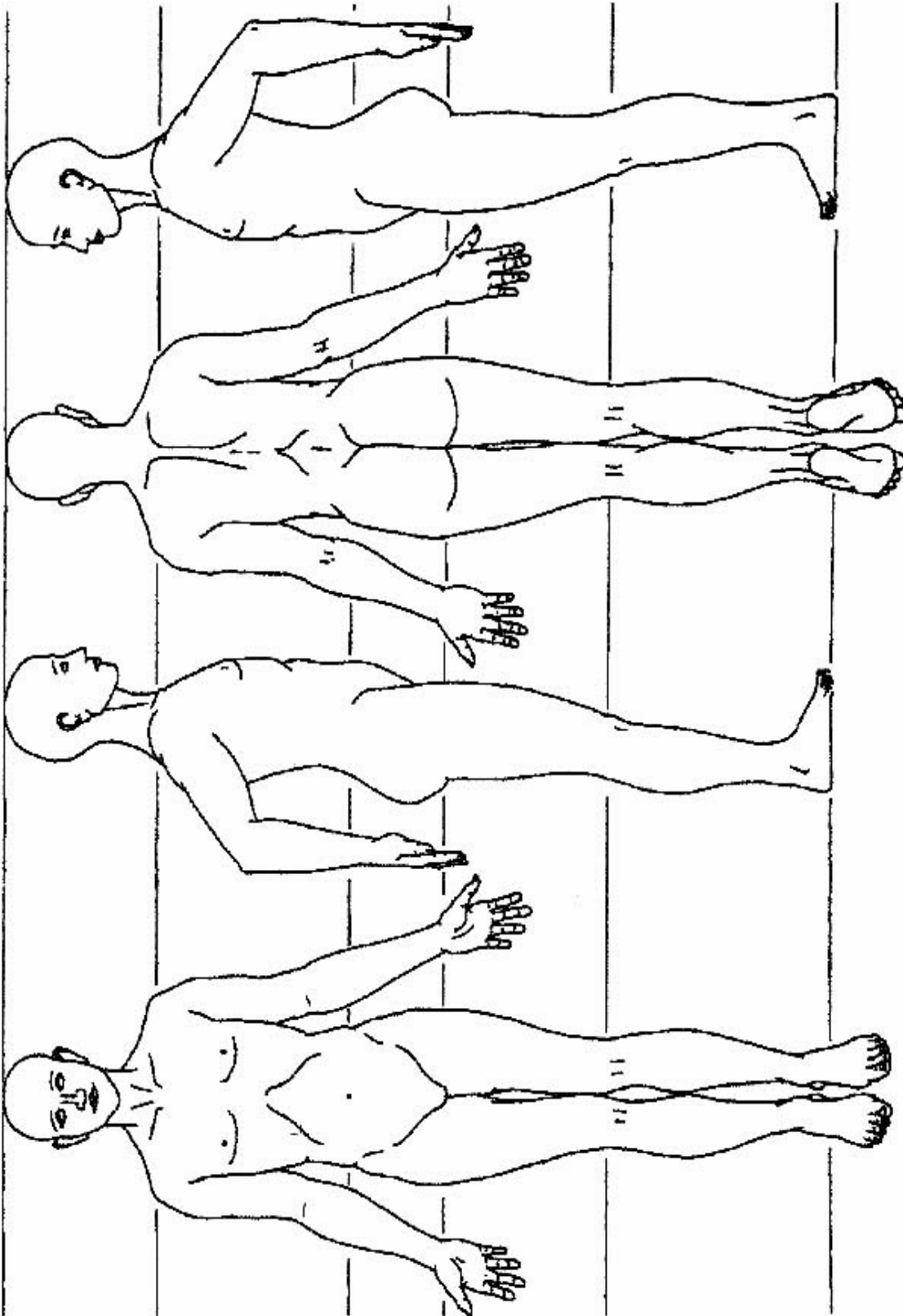


3 Befund			
<p>Wo? Was? Wie?: Achten Sie auf verschiedene Verletzungen und den allgemeinen Hautzustand. Verwenden Sie für die Lokalisation der Auffälligkeiten das Körperschema auf Seite 3. Nutzen Sie für die Beschreibung, wenn möglich, ein Größenmaß. Hilfe für die Beschreibung finden Sie in der Arbeitshilfe zu diesem Dokumentationsbogen.</p>			
a) Verletzungen/Auffälligkeiten am Kopf?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht betrachtet	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
b) Verletzungen/Auffälligkeiten im Gesicht?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht betrachtet	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
c) Verletzungen/Auffälligkeiten am Hals?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht betrachtet	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
d) Verletzungen/Auffälligkeiten am Brustkorb und Bauch?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht betrachtet	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
e) Verletzungen/Auffälligkeiten im Genitalbereich?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht betrachtet	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
f) Verletzungen/Auffälligkeiten im Nacken und am Rücken?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht betrachtet	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
g) Verletzungen/Auffälligkeiten an den oberen Extremitäten?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht betrachtet	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
h) Verletzungen/Auffälligkeiten an den unteren Extremitäten?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht betrachtet	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
i) Auffälligkeiten des Hautzustandes allgemein?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht betrachtet	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
<p>j) Weitere Beschwerden (z. B. Schmerzen, Schlafstörungen, Ängstlichkeit, Appetitlosigkeit, Verschlechterung des Allgemeinzustandes, abwehrendes Verhalten, Einschränkungen in der Bewegungsfähigkeit):</p>			



4 Bitte tragen Sie die oben beschriebenen Befunde in die Skizze ein.

Bitte dokumentieren Sie auch Bagatellverletzungen und Kratzer und markieren Sie möglichst genau wo am Körper welche Form in welcher Größe zu erkennen ist. Wenn es mehrere Stellen sind, können Sie diese nummerieren und neben dem Schema kurz benennen.



Copyright : Institute für Rechtsmedizin der Unikliniken Lübeck+Kiel



5 Angaben zu Situationen, die im Zusammenhang mit den Befunden stehen könnten.

Machen Sie bitte immer deutlich, **wer, was, wann, wie und wo** getan oder gesagt hat. **Achten Sie auf eine beschreibende, nicht bewertende, Formulierung!** Weitere Hilfen zur Gesprächsführung und Dokumentation finden Sie in der Arbeitshilfe zu diesem Dokumentationsbogen. **Wichtig:**

- Führen Sie ein Gespräch mit dem/der Pflegebedürftigen möglichst alleine und geben Sie in den Worten des/der Pflegebedürftigen an, was dieser/diese Ihnen mitteilt.
- Geben Sie möglichst genau wieder, was Ihnen Dritte berichten.
- Dokumentieren Sie Ihre eigenen Beobachtungen (z. B. Veränderungen in der Pflegesituation, Äußerungen oder Verhaltensweisen, die Sie bei den Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen bzw. in deren Umgang miteinander zur Kenntnis genommen haben).

6 Allgemeine Angaben zu der Pflegesituation				
Körperpflege	<input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Unter Anleitung	<input type="checkbox"/> Z. T. Übernahme	<input type="checkbox"/> Vollständige Übernahme
<input type="checkbox"/> Wenn bekannt, durch wen überwiegend übernommen:				
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Unter Anleitung	<input type="checkbox"/> Z. T. Übernahme	<input type="checkbox"/> Vollständige Übernahme
<input type="checkbox"/> Wenn bekannt, durch wen überwiegend übernommen:				
Mobilität	<input type="checkbox"/> Mobil	<input type="checkbox"/> In Begleitung/mit Gehhilfe mobil	<input type="checkbox"/> Überwiegend bettlägerig	<input type="checkbox"/> Bettlägerig
<input type="checkbox"/> Bettlägerig, kann im (Roll-) Stuhl mobilisiert werden.				
<input type="checkbox"/> Wenn bekannt, durch wen überwiegend übernommen:				
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?: (z. B. Sehhilfe, Hörgerät, Zahnprothese, Rollator)		
Werden Hilfsmittel adäquat eingesetzt?	<input type="checkbox"/> Nicht beurteilbar	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein, weil:	
Dauermedikation <i>(Hier kann auch auf die Pflegedokumentation verwiesen werden)</i>	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:	
Bedarfsmedikation <i>(Hier kann auch auf die Pflegedokumentation verwiesen werden)</i>	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:	
Selbstmedikation <i>(Hier kann auch auf die Pflegedokumentation verwiesen werden)</i>	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:	
Werden die Medikamente selbstständig eingenommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein, verabreicht durch:		
Sonstiges				
7 Informationsweitergabe				
Pflegebedürftige Person willigt in die Weitergabe der Dokumentation ein.			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurden die Informationen an weitere Personen bzw. Institutionen weitergegeben?				
<input type="checkbox"/> Nein, weil:				
<input type="checkbox"/> Ja,				
<input type="checkbox"/> weil Ihrer Einschätzung nach ein rechtfertigender Notstand nach § 34 StGB vorliegt.				
<input type="checkbox"/> Wann: <input type="checkbox"/> Durch wen:				
<input type="checkbox"/> Weitergegeben an:				
<i>(z. B. Hausarzt/Hausärztin, Pflegekasse, Betreuungs- und Pflegeaufsicht, Polizei, o. Ä.)</i>				

Unterschrift der Pflegekraft/der Pflegekräfte