



Dokumentation auffälliger Befunde bei Pflegebedürftigen

1 Angaben zu der pflegebedürftigen Person	
Name, Vorname des/der Pflegebedürftigen:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Pflegestufe:	<input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung
Körpergröße: cm	Gewicht: kg Wann erfasst?: <input type="checkbox"/> Nicht erhoben
Veränderungen im Gewicht:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?:
Liegt eine gesetzliche Betreuung nach §§ 1896ff BGB vor?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt	
<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

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.

a) Verletzungen/Auffälligkeiten am Kopf? Nein Nicht betrachtet Ja, welche:

b) Verletzungen/Auffälligkeiten im Gesicht? Nein Nicht betrachtet Ja, welche:

c) Verletzungen/Auffälligkeiten am Hals? Nein Nicht betrachtet Ja, welche:

d) Verletzungen/Auffälligkeiten am Brustkorb und Bauch? Nein Nicht betrachtet Ja, welche:

e) Verletzungen/Auffälligkeiten im Genitalbereich? Nein Nicht betrachtet Ja, welche:

f) Verletzungen/Auffälligkeiten im Nacken und am Rücken? Nein Nicht betrachtet Ja, welche:

g) Verletzungen/Auffälligkeiten an den oberen Extremitäten? Nein Nicht betrachtet Ja, welche:

h) Verletzungen/Auffälligkeiten an den unteren Extremitäten? Nein Nicht betrachtet Ja, welche:

i) Auffälligkeiten des Hautzustandes allgemein? Nein Nicht betrachtet Ja, welche:

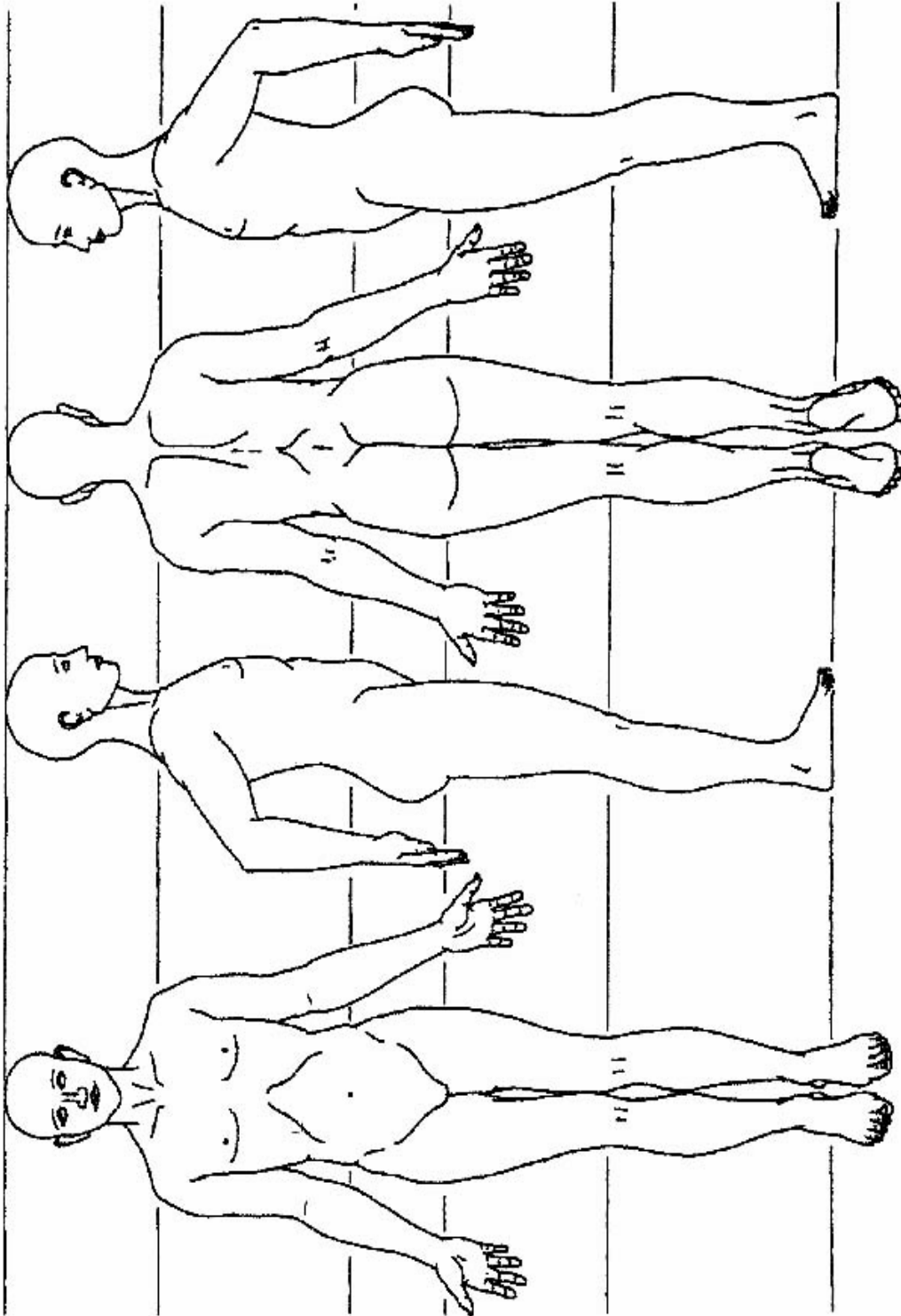
j) Weitere Beschwerden (z. B. Schmerzen, Schlafstörungen, Ängstlichkeit, Appetitlosigkeit, Verschlechterung des Allgemeinzustandes, abwehrendes Verhalten, Einschränkungen in der Bewegungsfähigkeit):



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.

Wenn möglich, fotografieren Sie die entsprechende(n) Stelle(n). Hinweise zu der Fotodokumentation finden Sie in der Arbeitshilfe.



Copyright : Institute für Rechtsmedizin der Unikliniken Lübeck+Kiel



5 Angaben zu der Situation

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 andere Personen berichten.
- Dokumentieren Sie Ihre eigenen Beobachtungen (z. B. Veränderungen in der Pflegesituation, Anzeichen für pflegerische Defizite, 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 Gehilfe 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 (Hier kann auch auf die Pflegedokumentation verwiesen werden)	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:	
Bedarfsmedikation (Hier kann auch auf die Pflegedokumentation verwiesen werden)	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:	
Selbstmedikation (Hier kann auch auf die Pflegedokumentation verwiesen werden)	<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				
Wünscht die pflegebedürftige Person Hilfe?			<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, weil:				
<input type="checkbox"/> Wann:		<input type="checkbox"/> Durch wen:		
<input type="checkbox"/> Weitergegeben an:				
(z. B. Hausarzt/Hausärztin, Pflegekasse, Betreuungs- und Pflegeaufsicht, Polizei, o. Ä.)				

Unterschrift der Pflegekraft/Pflegekräfte