

Name des Prüflings: _____

Vor-/ Nachname Klient/in: _____

Beginn: ____ Ende: ____

Hilfebedarf bitte in der Spalte Hilfe ankreuzen: A= Anleitung B=Beaufsichtigung U=Unterstützung TÜ=teilweise Übernahme VÜ= vollständige Übernahme

1. kommunizieren können	Bewusstsein (sich orientieren, erinnern und konzentrieren), mündlich und schriftlich mitteilen, sich verbal mitteilen (Mimik, Gestik und Körperschema), Wahrnehmung (Hören, Sehen, Gesichtsfeld, Lesen), Verstehen und Erkennen; fühlen, Schmerzen ausdrücken, etc.			Pflegeplan
	Fähigkeiten / Ressourcen	Problembeschreibung	Hilfe	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> Orientierung (Zeit/ Ort und Raum/ Person)	keine Hilfe	<input type="checkbox"/> nein
			A	<input type="checkbox"/> Schmerzerfassung
			B	
			U	
			TÜ	
			VÜ	
		Gewohnheiten, Wünsche und Rituale		
		Hilfsmittel: <input type="radio"/> Brille <input type="radio"/> Hörgeräte		

2. sich bewegen können	Körperbewegung, schlaffe Lähmungen, Spastiken, sonstige Bewegungseinschränkungen, Gleichgewicht/Gleichgewichtsstörungen, Lagerung, gefährdete Körperregionen, etc.			Pflegeplan
	Fähigkeiten / Ressourcen	Problembeschreibung	Hilfe	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> Dekubitusgefahr	keine Hilfe	<input type="checkbox"/> nein
			A	
		<input type="checkbox"/> Kontrakturgefahr	B	<input type="checkbox"/> Wunddokumentation
			U	
		<input type="checkbox"/> Thrombosegefahr	TÜ	<input type="checkbox"/> Dekubitus-Risikoerkennung
			VÜ	
		<input type="checkbox"/> Gangunsicherheit/ Sturzgefahr		<input type="checkbox"/> Bewegungsplan
		Hilfsmittel: <input type="radio"/> Gehstock <input type="radio"/> Rollator <input type="radio"/> Rollstuhl <input type="radio"/>	Gewohnheiten, Wünsche und Rituale	<input type="checkbox"/> Therapieplan
	Kontrakturen <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, wo			
	Dekubitus <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, wo		<input type="checkbox"/> Sturzrisikoerkennung	

Hilfbedarf bitte in der Spalte Hilfe ankreuzen: A= Anleitung B=Beaufsichtigung U=Unterstützung TÜ=teilweise Übernahme VÜ= vollständige Übernahme

3. vitale Funktionen aufrecht erhalten können	Atmen, Kreislauf regulieren, Temperaturen regulieren, transpirieren, etc.			Pflegeplan
	Fähigkeiten / Ressourcen	Problembeschreibung	Hilfe	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> Pneumoniegefahr	keine Hilfe	<input type="checkbox"/> nein
			A	<input type="checkbox"/> Vitalwerte
			B	<input type="checkbox"/> ärztl. VO
			U	
	Hilfsmittel: ○		TÜ	
			VÜ	
	Kreislauf: RR Puls	Gewohnheiten, Wünsche und Rituale		s. medizinische Diagnosen

4. sich pflegen können	Hautzustand, sich waschen, einzelne Körperbereiche pflegen, Hautzustände, etc.			Pflegeplan
	Fähigkeiten / Ressourcen	Problembeschreibung	Hilfe	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> Gefahr einer Hautschädigung	keine Hilfe	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> Gefahr eines Schleimhautdefektes	A	<input type="checkbox"/> Wund- dokumentation
		<input type="checkbox"/> Intertriogefahr	B	
			U	
			TÜ	
			VÜ	
	Hilfsmittel: ○	Gewohnheiten, Wünsche und Rituale		
	Wundverhältnis ○ Nein ○Ja, wo			

Hilfebedarf bitte in der Spalte Hilfe ankreuzen: A= Anleitung B=Beaufsichtigung U=Unterstützung TÜ=teilweise Übernahme VÜ= vollständige Übernahme

5. essen und trinken können	Essen, trinken, Zähne, kauen und schlucken, Verträglichkeit von Essen und Trinken, etc.			Pflegeplan
	Fähigkeiten / Ressourcen	Problembeschreibung	Hilfe	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> Flüssigkeitsdefizit	keine Hilfe	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> Ernährungsdefizit	A	<input type="checkbox"/> Einfuhrprotokoll
		<input type="checkbox"/> Aspirationsgefahr	B	<input type="checkbox"/> Ernährungsprotokoll
			U	<input type="checkbox"/> Ernährungs-erhebung
			TÜ	
			VÜ	
	Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gewohnheiten, Wünsche, Rituale und Abneigungen		
	Trinkmenge pro Tag: _____ Kostform: _____			
Körpergröße: _____ Gewicht: _____ BMI: _____				
Ernährungszustand: <input type="checkbox"/>				

6. ausscheiden können	Urin ausscheiden, Stuhlausscheidung, etc.			Pflegeplan
	Fähigkeiten / Ressourcen	Problembeschreibung	Hilfe	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> Gefahr einer Harnwegsinfektion	keine Hilfe	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> Obstipationsgefahr	A	<input type="checkbox"/> Ein-/Ausfuhrprotokoll
		<input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> Harn <input type="checkbox"/> Stuhl	B	<input type="checkbox"/> Miktionsprotokoll
			U	
			TÜ	
			VÜ	
	Hilfsmittel: _____	Gewohnheiten, Wünsche, Rituale und Abneigungen		
	Inkontinenzartikel <input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> nachts			
<input type="checkbox"/> ableitendes System: _____				

Hilfbedarf bitte in der Spalte Hilfe ankreuzen: A= Anleitung B=Beaufsichtigung U=Unterstützung TÜ=teilweise Übernahme VÜ= vollständige Übernahme

7. sich kleiden können	Art der Kleidung, sich ankleiden, sich auskleiden, etc.,			Pflegeplan
	Fähigkeiten / Ressourcen	Problembeschreibung	Hilfe	<input type="checkbox"/> ja
			keine Hilfe	<input type="checkbox"/> nein
			A	
			B	
			U	
			TÜ	
			VÜ	
Hilfsmittel:	Gewohnheiten, Wünsche, Rituale und Abneigungen			
	Lieblingskleidung:			

8. ruhen und schlafen können	Ruhen und schlafen, etc.			Pflegeplan
	Fähigkeiten / Ressourcen	Problembeschreibung	Hilfe	<input type="checkbox"/> ja
			keine Hilfe	<input type="checkbox"/> nein
			A	
			B	
			U	
			TÜ	
			VÜ	
Hilfsmittel:	Gewohnheiten, Wünsche, Rituale und Abneigungen			

Hilfbedarf bitte in der Spalte Hilfe ankreuzen: A= Anleitung B=Beaufsichtigung U=Unterstützung TÜ=teilweise Übernahme VÜ= vollständige Übernahme

9. sich beschäftigen können	den Tag gestalten, mit anderen Personen aktiv sein, etc.			Pflegeplan
	Fähigkeiten / Ressourcen	Problembeschreibung	Hilfe	<input type="checkbox"/> ja
			keine Hilfe	<input type="checkbox"/> nein
			A	
			B	
			U	
			TÜ	
			VÜ	
	Hilfsmittel:	Gewohnheiten, Wünsche, Rituale und Abneigungen		

10. sich als Mann / Frau fühlen können	sich als Frau bzw. Mann wahrnehmen, annehmen und darstellen, seine Sexualität bejahen und leben, Intimsphäre, etc.			Pflegeplan
	Fähigkeiten / Ressourcen	Problembeschreibung	Hilfe	<input type="checkbox"/> ja
			keine Hilfe	<input type="checkbox"/> nein
			A	
			B	
			U	
			TÜ	
			VÜ	
		Gewohnheiten, Wünsche, Rituale und Abneigungen		
Hilfsmittel:				
	Pfleßmaßnahmen gewünscht durch:			
	<input type="checkbox"/> weibliches Personal <input type="checkbox"/> männliches Personal			

Hilfbedarf bitte in der Spalte Hilfe ankreuzen: A= Anleitung B=Beaufsichtigung U=Unterstützung TÜ=teilweise Übernahme VÜ= vollständige Übernahme

11. für Sicherheit sorgen können	Räumliche Ausstattung, Hilfsmittel zur Orientierung (Kalender, Uhr, Zeitung, Radio, Fernseher, etc.)			Pflegeplan
	Fähigkeiten / Ressourcen	Problembeschreibung	Hilfe	<input type="checkbox"/> ja
			keine Hilfe	<input type="checkbox"/> nein
			A	
			B	
			U	<input type="checkbox"/> Freiheits- entziehende Maßnahmen
			TÜ	
			VÜ	
		Hilfsmittel:	Gewohnheiten, Wünsche, Rituale und Abneigungen	

12. soziale Bereiche des Lebens sichern können	Soz. Beziehungen, Beruf (frühere berufliche Aktivitäten), private Vepflichtungen, Wohnungen/ Unterbringungen, finanzielle Situationen, versicherungsrechtliche Fragen, etc.			Pflegeplan
	Fähigkeiten / Ressourcen	Problembeschreibung	Hilfe	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> Vereinsamung	keine Hilfe	<input type="checkbox"/> nein
			A	
			B	
			U	
			TÜ	
			VÜ	
		Hilfsmittel:	Gewohnheiten, Wünsche, Rituale und Abneigungen	
		Kontakt zu:		

Hilfebedarf bitte in der Spalte Hilfe ankreuzen: A= Anleitung B=Beaufsichtigung U=Unterstützung TÜ=teilweise Übernahme VÜ= vollständige Übernahme

13. Umgang mit existenziellen Erfahrungen	Existenzgefährdende Erfahrungen, existenzstützende Erfahrungen, Erfahrungen, welche die Existenzen stützen o. gefährden können, etc.			Pflegeplan
	Fähigkeiten / Ressourcen	Problembeschreibung	Hilfe	<input type="checkbox"/> ja
			keine Hilfe	<input type="checkbox"/> nein
			A	
			B	
			U	
			TÜ	
			VÜ	
	Hilfsmittel:	Gewohnheiten, Wünsche, Rituale und Abneigungen		

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Ich habe keine anderen Hilfsmittel/ Dokumente verwendet, als die, die mir zur Verfügung gestellt wurden.
Ich bin mir bewusst, dass eine unwahre Erklärung rechtliche Folgen hat.

Ort, Datum

Unterschrift Prüfling