PATIENTEN-

KLEBEETIKETTE

Pflegeassessment erhoben am: ..... (Datum)

von: ..... (NAME IN BLOCKSCHRIFT)

..... (Unterschrift)

durchgeführt mit: .....

..... (Patient, Bezugsperson ...)

Gewicht: ..... **Größe:** ..... **BMI:** ..... **Zahnersatz:** O 0K O UK

Sehhilfe: O Brille O Kontaktlinsen **Hörgerät**: O rechts O links **Depositen:** O ja O nein

Sonst. Hilfen: .....

Allergie: .....

Religiöse Bedürfnisse: .....

Mobile Krankenpflege: .....

Soziale Dienste: ..... Tel.: .....

Verständigung an: .....

Adresse: .....

Sonstiges: .....

.....

L U F T

Beeinträchtigung der Atmung

O Nichtraucher O Raucher

O nein O ja welche: .....

.....

.....

Seit wann aufgetreten: .....

Wie aufgetreten: O in Ruhe O bei Belastung .....

.....

Selbsthilfemaßnahmen und Hilfsmittel: .....

.....

.....

Tracheostoma: O ohne Kanüle O mit Kanüle O ohne Cuff O mit Cuff

.....

Beobachtungen und Ressourcen: .....

.....

Atmung

Freihalten der Atemwege: O beeinträchtigt

Atmen: O beeinträchtigt

Spontanatmung: O beeinträchtigt

Entwöhnung vom Respirator: O beeinträchtigt

W A S S E R

Beeinträchtigung des Flüssigkeitshaushalts

O nein O ja welche: .....

.....

.....

Seit wann: ..... **Durstgefühl:** O normal O erhöht O verringert

Bedarf an Flüssigkeit/Trinkmenge: ..... Liter/Tag

Aussehen der Zunge: .....

Trinkhilfen: .....

Hautturgor: .....

Ödeme: .....

Beobachtungen und Ressourcen: .....

.....

.....

.....

Flüssigkeitshaushalt

Flüssigkeitsvolumen: O unausgeglichen, Risiko

Flüssigkeitsüberschuss: O aktuell

Flüssigkeitsdefizit: O Risiko O aktuell

Flüssigkeitshaushalt: O Entwicklung der Ressourcen (EdR)

N A H R U N G

Beeinträchtigung der Ernährung

O nein O ja welche: .....

.....

.....

.....

.....

Seit wann: .....

Diät: ..... Seit wann: .....

Essgewohnheiten: .....

Zahn-/Kieferzustand: .....

.....

O **Ernährung parenteral** O **Ernährung enteral per Sonde**

Art (Typ): ..... Gelegt am: .....

Stillgewohnheiten: .....

.....

.....

Kau-, Schluckverhalten: .....

.....

.....

Beobachtungen und Ressourcen: .....

.....

.....

.....

.....

Nahrungsaufnahme

Überernährung: O Risiko O aktuell

Mangelernährung: O Risiko O aktuell

Ernährung: O Entwicklung der Ressourcen (EdR)

Schlucken: O beeinträchtigt

Stillen: O beeinträchtigt O unterbrochen O EdR

Nahrungsaufnahme des Säuglings: O beeinträchtigt

Nausea (Übelkeit): O aktuell

© 2009 by Stefan, Allmer, Eberl, Hansmann, Jedelsky, Michalek, Pandzic, Schalek, Tomacek

A U S S C H E I D U N G

Beeinträchtigung der Stuhlausscheidung

O nein O ja welche: .....

.....

.....

Seit wann: ..... **Letzter Stuhl am:** .....

Auffälligkeiten bzw. Veränderungen bezüglich

Häufigkeit: ..... Menge: .....

Farbe: ..... Geruch: .....

Konsistenz: .....

Abführhilfen: .....

Künstlicher Ausgang: .....

Seit wann: .....

Besondere Gewohnheiten: .....

.....

.....

Beobachtungen und Ressourcen: .....

.....

.....

Stuhlausscheidung

Verstopfung: O Risiko O aktuell O subjektiv

Durchfall: O aktuell

Stuhlinkontinenz: O aktuell

Stuhlausscheidung: O Entwicklung der Ressourcen (EdR)

Beeinträchtigung der Harnausscheidung

O nein O ja welche: .....

.....

.....

Seit wann: .....

Auffälligkeiten bzw. Veränderungen bezüglich

Häufigkeit: tagsüber ..... mal - Zeitabstand ..... Std.

nachts ..... mal - Zeitabstand ..... Std.

Menge: ..... Farbe: .....

Geruch: .....

Harnableitungssystem: Art (Typ): .....

Gelegt am: ..... Größe (Charriere): .....

Beobachtungen und Ressourcen: .....

.....

.....

Harnausscheidung

Harnausscheidung: O beeinträchtigt O EdR

Belastungsharninkontinenz: O aktuell

Drangharninkontinenz: O Risiko O aktuell

Harninkontinenz, funktionell: O aktuell

Enuresis (Einnässen): O Risiko O aktuell

Beeinträchtigter Hautzustand (inkl. allerg. Reaktionen)

O nein O ja welche: .....

.....

.....

Ausschlagartige Hautveränd. O nein O ja wo: .....

Beschreibung: .....

.....

.....

Intertrigo O nein O ja wo: .....

Beschreibung: .....

.....

Zustand der Mundschleimhaut: .....

.....

Hämatome/Petechien/Blutungen O nein O ja wo: .....

Beschreibung: .....

.....

.....

Wunden/Hautläsionen O nein O ja wo: .....

Beschreibung: .....

.....

.....

Einschätzung Dekubitusrisiko

Skala: ..... Punkte: .....

Fotodokumentation: O nein O ja

Beschreibung: .....

.....

.....

.....

Schweißsekretion O normal

O vermehrt (plötzliche Schweißausbrüche) O vermehrt (kontinuierlich)

Häufigkeit: O vermehrt tagsüber O vermehrt nachts

Besonderheiten: .....

.....

Beobachtungen und Ressourcen: .....

.....

.....

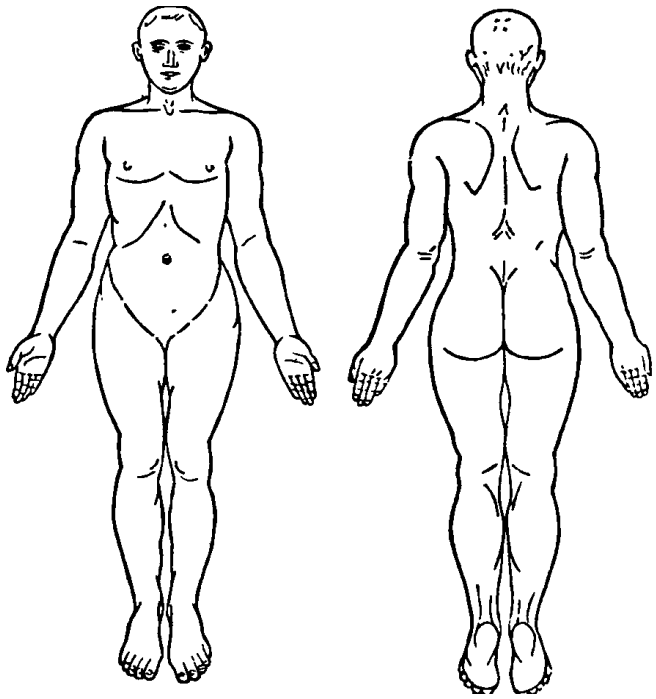
Gewebeintegrität

Latexallergische Reaktion: O Risiko O aktuell

Gewebeintegrität: O beeinträchtigt

Mundschleimhaut: O verändert, Risiko O verändert

Hautdefekt: O Risiko O bestehend



© 2009 by Stefan, Allmer, Eberl, Hansmann, Jedelsky, Michalek, Pandzic, Schalek, Tomacek

A K T I V I T Ä T U N D R U H E

Veränderung/Beeinträchtigung der Alltagsaktivitäten

O nein O ja welche: .....

.....

Seit wann: .....

Beobachtungen und Ressourcen: .....

.....

.....

Beeinträchtigung der Mobilität

O nein O ja

Welche: .....

.....

.....

Seit wann: .....

Beobachtungen und Ressourcen: .....

.....

Mdfzt Klass.n.Jones:	0	1	2	3	4
	selbst-ständig	großteils selbstständig	teilweise selbstständig	geringfügig selbstständig	unselbst-ständig/ abhängig
Bewegung im Bett (Lagewechsel, Aufsetzen, Hinlegen):	O	O	O	O	O
Text:					
Transfer außerhalb des Bettes (z.B. Bett/Rollstuhl/Nachtstuhl/WC):	O	O	O	O	O
Text:					
Mobil sein mit dem Rollstuhl (inkl. Hindernissen ausweichen):	O	O	O	O	O
Text:					
Fortbewegung zu Fuß (inkl. Stiegensteigen):	O	O	O	O	O
Text:					

Beobachtungen und Ressourcen: .....

.....

.....

Beeinträchtigung der Selbstpflege

O nein O ja

Mdfzt Klass.n.Jones:	0	1	2	3	4
	selbst-ständig	großteils selbstständig	teilweise selbstständig	geringfügig selbstständig	unselbst-ständig/ abhängig
Essen/Trinken:	O	O	O	O	O
Text:					
Körperpflege:	O	O	O	O	O
Text:					
Kleiden:	O	O	O	O	O
Text:					
Ausscheiden:					
Harn - Tag:	O	O	O	O	O
Nacht:	O	O	O	O	O
Text:					
Stuhl - Tag:	O	O	O	O	O
Nacht:	O	O	O	O	O
Text:					

Beeinträchtigung der Selbstorganisation

O nein O ja

Selbstorg.:	O	O	O	O	O
Text:					
Haushalt:	O	O	O	O	O
Text:					
Beschäftigung:	O	O	O	O	O
Text:					
Freizeit:	O	O	O	O	O
Text:					

Gewohnheiten: .....

.....

Beobachtungen und Ressourcen: .....

.....

.....

Beeinträchtigung von Schlaf u. Erholung

O nein O ja

Welche: .....

.....

Seit wann: .....

Beobachtungen und Ressourcen: .....

.....

Mobilität

Inaktivitätssyndrom: O Risiko

Energie/Kraft: O beeinträchtigt, Risiko O beeinträchtigt

Erschöpfung (Müdigkeit): O aktuell

Umhergehen, ruhelos: O aktuell

Körperliche Mobilität: O beeinträchtigt

Mobilität im Bett: O beeinträchtigt

Transfer: O beeinträchtigt

Mobilität im Rollstuhl: O beeinträchtigt

Gehen: O beeinträchtigt

Fitness: O Entwicklung der Ressourcen (EdR)

Hemineglect: O aktuell

Selbstpflege

Selbstpflege Essen/Trinken: O beeinträchtigt

Selbstpflege Waschen/Sauberhalten: O beeinträchtigt

Selbstpflege Kleiden/Pflegen der äußeren Erscheinung: O beeinträchtigt

Selbstpflege Ausscheiden: O beeinträchtigt

Selbstorganisation

Selbstorganisation: O beeinträchtigt

Haushaltsführung: O beeinträchtigt

Beschäftigung/Arbeit: O beeinträchtigt

Erholung/Freizeit: O Entwicklung der Ressourcen (EdR)

Ruhe

Schlafen: O beeinträchtigt, Risiko O beeinträchtigt O EdR

© 2009 by Stefan, Allmer, Eberl, Hansmann, Jedelsky, Michalek, Pandzic, Schalek, Tomacek

ALLEINSEIN UND SOZIALE INTERAKTION

Beeinträchtigung der Kommunikation (verbal/nonverbal)

Welche: ..... O nein O ja

.....

.....

.....

Selbsthilfe: .....

.....

Beobachtungen und Ressourcen: .....

.....

.....

.....

.....

Kommunikation

Kommunikation: O beeinträchtigt O EdR

Familien-, Beziehungs- und soziale Situation

.....

.....

.....

Probleme O nein O ja welche: .....

.....

.....

.....

Bezugs-/Vertrauensperson: .....

Sind Familienangehörige od. andere Personen von Ihnen abhängig?

O nein O ja welche: .....

.....

.....

Haben Sie die Erledigung von Alltagspflichten regeln können?

O nein O ja was nicht: .....

.....

.....

Wünsche bzgl. Besuche: .....

.....

Welche Auswirkung hat Ihre jetzige Situation auf Sie u. Ihre Familie?

.....

.....

.....

Beobachtungen und Ressourcen: .....

.....

.....

.....

.....

Sozialverhalten

Soziale Interaktion: O beeinträchtigt

Einsamkeit: O Risiko

Rollenerfüllung: O unwirksam

Elterliche Pflege: O beeinträchtigt, Risiko O beeinträchtigt O EdR

Eltern-Kind-Beziehung: O beeinträchtigt, Risiko O beeinträchtigt

Hinweise auf ein Risiko od. Folgen von körperlichen/ psychischen Gewalteinwirkungen

O nein O ja

Welche: .....

.....

.....

Einschneidende Veränderung in der Lebenssituation: .....

.....

.....

.....

Suizidversuch(e) in der Vergangenheit: .....

.....

.....

Beobachtungen, Einschätzung und Ressourcen: .....

.....

.....

.....

.....

Aggression gegen andere: O Risiko

Aggression gegen sich: O Risiko

Selbstschädigung: O Risiko O aktuell

Suizid: O Risiko

Sexualität (Veränderungen, Einschränkungen, Beeinträchtigungen bei Identität, Funktion und Reproduktion) .....

.....

.....

.....

Angaben/Hinweise des Patienten/Beobachtungen der Pflegenden: .....

.....

.....

.....

.....

Sexualität: O verändert, Risiko O verändert O EdR

© 2009 by Stefan, Allmer, Eberl, Hansmann, Jedelsky, Michalek, Pandzic, Schalek, Tomacek

ABWENDUNG VON GEFAHREN

Bestehende Infektionsgefahr
O nein O ja

Welche: .....

Gefährdung der normalen Regulierung der Körpertemperatur
O nein O ja

Körpertemperatur verändert:

O erhöht ..... °C seit wann .....

O erniedrigt ..... °C seit wann .....

Beobachtungen und Ressourcen: .....

Möglichkeit, sich selbst vor Verletzungen, Sturz, Krankheit oder Vergiftungen zu schützen
O nein O ja

Beobachtungen und Ressourcen: .....

Erhöhtes Aspirationsrisiko von Flüssigkeiten/ Nahrung
O nein O ja

Beobachtungen und Ressourcen: .....

Hinweise auf Störung der Blutzirkulation (peripher/zentral)
O nein O ja

Lokalisation: .....

Beobachtungen und Ressourcen: .....

Schmerzen
O nein O ja

Lokalisation: .....

Seit wann: ..... Häufigkeit: .....

Art (Qualität): ..... Intensität (Skala v. 1-10*): .....

Ausstrahlung: .....

Schmerzauslösende Faktoren: .....

Schmerzverstärkende Faktoren: .....

Schmerzlindernde Faktoren: .....

Beobachtungen und Ressourcen: .....

Körperregulation

Infektion: O Risiko

Körpertemperatur: O verändert, Risiko

Körpertemperatur, erniedrigt: O aktuell

Körpertemperatur, erhöht: O aktuell

Körperliche Integrität

Körperschädigung: O Risiko

Selbstschutz: O beeinträchtigt

Sturz: O Risiko

Vergiftung: O Risiko

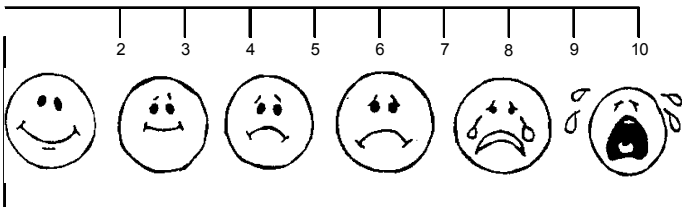
Verletzung: O Risiko

Perioperativ positionierte Verletzung: O Risiko

Aspiration: O Risiko

Periphere neurovaskuläre Störung: O Risiko

Schmerzen: O aktuell



* 1 = gering, 10 = am stärksten

© 2009 by Stefan, Allmer, Eberl, Hansmann, Jedelsky, Michalek, Pandzic, Schalek, Tomacek

INTEGRITÄT DER PERSON

Fähigkeit, mit dem veränderten Gesundheitszustand umzugehen
O nein O ja

Angaben des Betroffenen: .....

Fähigkeit, vorhandene Ressourcen zu erkennen und anzunehmen
O nein O ja

Beobachtungen der Pflegenden: .....

Akzeptiert und versteht das Behandlungprogramm
O nein O ja

Beobachtungen und Ressourcen: .....

Erkennt und trifft gesundheitsfördernde Maßnahmen
Welche: ..... O nein O ja

Beobachtungen und Ressourcen: .....

Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen
O nein O ja

Sonstige Angaben/Hinweise: .....

Fähigkeit, den Anforderungen des tägl. Lebens alters-entsprechend begegnen zu können
O nein O ja

Beobachtungen und Ressourcen: .....

Äußerungen von Verzweiflung, veränderter Lebens-energie (verbal/nonverbal)
O nein O ja

Angaben und Hinweise: .....

Beobachtungen und Ressourcen: .....

Möglichkeit, sich der veränderten Umgebung anzupassen
O nein O ja

Beobachtungen und Ressourcen: .....

Akzeptanz des eigenen Körpers
O nein O ja

Sonstige Angaben/Hinweise: .....

Wertschätzung der eigenen Person und Fähigkeiten
O positiv O negativ

Beobachtungen und Ressourcen: .....

Realitätsbezug zur eigenen Person/zum sozialen Umfeld
Beobachtungen der Pflegenden: .....

Bewältigungsformen

Coping des Betroffenen: O beeinträchtigt O EdR

Coping des Betroffenen: O defensiv

Coping bei Ortswechsel: O beeintr., Risiko O beeinträchtigt

Verneinung (Verleugnung): O aktuell

Behandlungsempfehlungen: O Handhabung beinträchtigt O EdR

Gesundheitsverhalten: O beeinträchtigt O EdR

Gesundungsprozess: O beeinträchtigt O EdR

Postoperativer Gesundungsprozess: O beeinträchtigt

Wachstum u. Entwicklung: O beeinträchtigt

Kindliche Verhaltensorganisation:
O unausgereift, Risiko O unausgereift O EdR

Selbstkonzept und Selbstwahrnehmung

Entscheidung: O Konflikt

Körperbild: O beeinträchtigt

Selbstwertgefühl: O gering, Risiko O gering

Selbstbild: O Entwicklung der Ressourcen (EdR)

Machtlosigkeit: O aktuell

Macht: O Entwicklung der Ressourcen (EdR)

Hoffnungslosigkeit: O aktuell

Hoffnung: O Entwicklung der Ressourcen

Ruhe, innerlich: O beeinträchtigt

Wohlbefinden: O Entwicklung der Ressourcen (EdR)

Realitätswahrnehmung: O beeinträchtigt

© 2009 by Stefan, Allmer, Eberl, Hansmann, Jedelsky, Michalek, Pandzic, Schalek, Tomacek

Intakte Sinneswahrnehmungen

O nein O ja

Welche Beeinträchtigungen: .....

Sonstige Angaben/Hinweise: .....

Sinneswahrnehmungen: O beeinträchtigt

O visuell
O auditiv
O taktil
O olfaktorisch
O gustatorisch
O vestibulär
O kinästhetisch

Kann Information z. Situation, Gesundheitsproblemen/ Wünschen einholen, verarbeiten und umsetzen

O nein O ja

Beobachtungen und Ressourcen: .....

Wissen: O beeinträchtigt O EdR

Orientierung: O beeinträchtigt, Risiko O beeinträchtigt

Verwirrtheit: O aktuell

Denkprozess: O verändert

Gedächtnis: O beeinträchtigt

Fähigkeit, Gedanken richtig und situationsgerecht zu verarbeiten

O nein O ja

Spiritualität

Energiefeld: O beeinträchtigt

Spirituelles Wohlbefinden: O Entwicklung der Ressourcen (EdR)

Subjektives Sinnerleben

Äußerungen über den Sinn/die individuelle Bedeutung der Situation: .....

Beobachtungen und Ressourcen: .....

Emotionale Integrität

Trauern: O komplizierter Verlauf

Verzweiflung: O aktuell

Posttraumatische Reaktion: O Risiko O aktuell

Bemerkbare, lang anhaltende Trauerreaktion

Besteht seit/bekannt seit: ..... O nein O ja

Beobachtungen und Ressourcen: .....

Hinweise auf die vermehrte Beschäftigung mit einem seelischen Trauma

O nein O ja

Welche: .....

Angstzustände

O nein O ja

Sonstige Angaben/Hinweise: .....

Angst: O Risiko O aktuell

Gibt es dzt. eine Situation, vor der Sie sich fürchten?

O nein O ja

Welche: .....

Furcht: O Risiko O aktuell

© 2009 by Stefan, Allmer, Eberl, Hansmann, Jedelsky, Michalek, Pandzic, Schalek, Tomacek

S O Z I A L E S U M F E L D

Situation als pflegende/r Angehörige/r bzw. informell Pflegende/r

(Verwandtschafts-)Verhältnis zur gepflegten Person: .....
.....

Weitere an der Betreuung und Pflege beteiligte informell Pflegende:
.....
.....

Belastende Faktoren (körperlich, psychisch, sozial): .....
.....
.....
.....
.....
.....

Beobachtungen und Ressourcen: .....
.....
.....
.....
.....

Zusammensetzung der Familie

.....
.....
.....

Beeinträchtigung der Funktionen der Familie

(z.B. Stabilität, Sicherheit, Organisation, Zugehörigkeit, Entwicklung)
.....
.....
.....

Beobachtungen und Ressourcen: .....
.....
.....
.....
.....
.....

Bereitschaft/Fähigkeit der Familie, die Gesundheit des Patienten zu unterstützen

Angaben der Familienmitglieder: .....
.....
.....
.....
.....
.....

Beobachtungen und Ressourcen: .....
.....
.....
.....
.....

Familiensystem

Rolle als Pflegende/r: O Belastung, Risiko O Belastung

Familienprozess: O verändert, Risiko O verändert O EdR

Coping der Familie: O beeinträchtigt O EdR

Coping der Familie, behinderndes Verhalten: O aktuell

Modifizierte **KLASSIFIKATION NACH JONES** (Klassifikationsmöglichkeit von 0-4):

DEFINITION

0 = **Selbstständig** (auch in der Verwendung von Hilfsmitteln), keine direkten Pflegeleistungen sind zu erbringen

1 = **Großteils selbstständig,** der Patient bedarf nur geringer Hilfestellung und/oder Anleitung, direkte Pflegeleistungen sind nur in geringem Ausmaß zu erbringen

2 = **Teilweise selbstständig** und teilweise auf Hilfestellung/Anleitung angewiesen; der Patient ist etwa zu 50 % selbstständig, das Ausmaß der zu erbringenden direkten Pflegeleistung/Anleitung liegt ebenfalls bei etwa 50 %

3 = **Geringfügig selbstständig,** der Patient beteiligt sich nur in geringem Ausmaß an der Aktivität und ist großteils auf Hilfestellung/Anleitung angewiesen, der Patient ist aber kooperativ

4 = **Unselbstständig/Abhängig,** der Patient ist nicht in der Lage, sich an der Aktivität zu beteiligen und ist vollständig abhängig bzw. mehrmals täglich sind intensive Selbsthilfetrainings mit maximaler Unterstützung und Anleitung zu absolvieren bzw. ein Patient wie in Grad 3, jedoch unkooperatives Verhalten bei der Pflege

Urheberrechtlich geschützt!

Veröffentlichung und Publikation (auch auszugsweise) nur mit Zustimmung der UrheberInnen!

© 2009 by Stefan, Allmer, Eberl, Hansmann, Jedelsky, Michalek, Pandzic, Schalek, Tomacek