

Name:
ENSPR:
Praktikums-Institution:.....

Klasse:

Informationssammlung vom Pflegeempfänger und den auszuführenden Pflegetechniken

A. GENERALE INFORMATIONEN

- Name: _____ (nur Initialen)
- Alter: _____ Nationalität: _____
- Welche Sprache (n) spricht die/der PflegeempfängerIn?

Zivilstand: verheiratet

ledig

Witwe(r) seit wann? _____

geschieden seit wann? _____

Wie viele Kinder hat die/der PflegeempfängerIn? _____

Wer ist ihre/seine Bezugsperson? _____

Datum der Aufnahme : _____

Grund der Aufnahme? _____

	Ja	Nein
auf eigene Anfrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf Anfrage der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. BIOGRAPHIE / LEBENSGESCHICHTE

Biographie /soziale und familiäre Situation (wichtige Anhaltspunkte anonymisiert):

Welche positiven und/oder negativen Erlebnisse/Erfahrungen haben das Leben der/des PflegeempfängerIn geprägt? Welchen Beruf hat sie/er ausgeübt, welchen Hobbys ist sie/er nachgegangen?

C. MEDIZINISCHE SITUATION

Welche Krankheiten hat die/der PflegeempfängerIn (PE)?

Aktuelle Krankheiten	Definition + Symptome der Erkrankung	Symptome beim PE
Vorgeschichte = geheilte Pathologien oder schon durchgeführte Operationen, die keine Behandlung mehr benötigen		
Medizinisch	Chirurgisch	

Allergie:

Hilfsmittel (z.B. Prothese):

Medikamentöse Behandlung:

1. alltägliche Medikamente
2. Medikamente bei Bedarf

Name	Gruppe	Verabreichung (Dosis, Zeitpunkt & Verabreichungsweg)	Indikation bei der/dem PflegeempfängerIn
<i>Beispiel: Lasix</i>	<i>Diuretika</i>	<i>20 mg, 1-0-0-0, oral</i>	<i>Zur Ödem Minderung bei Herzinsuffizienz</i>

<https://www.cbip.be/fr/start>
<https://www.vidal.fr/medicaments.html>
<https://www.rote-liste.de/>
<https://compendium.ch/>

D. INFORMATIONSSAMMLUNG ZU DEN 14 GRUNDBEDÜRFNISSEN NACH VIRGINIA HENDERSON

Bedürfnis	Beobachtungen, <u>Ressourcen</u>
Normal atmen	
<p>Atmung: Wie ist die Atemfrequenz? Atmet sie/er regelmäßig (Atemrhythmus)? Wie ist die Atemtiefe? Wie ist die Sauerstoffsättigung? Atmet sie/er durch die Nase oder durch den Mund? Atmet sie/er geräuschvoll? Ist sie/er verschleimt? Sputum? Fällt ihr/ihm das Atmen schwer? Raucht sie/er? Wenn ja, wie viel? Hat sie/er Schmerzen bei der Atmung? Hat sie/er irgendwelche chronische Atemwegserkrankungen, z.B. Asthma, ... Hat sie/er andere Erkrankungen, die die Atmung beeinflussen z.B. Herzerkrankungen, Bypass-operation, ... Hat sie/er im Moment eine akute Erkrankung der Atemwege z.B. Erkältung, ... Muss sie/er im Moment eine bestimmte Lage einhalten, um ihre/seine Atmung zu erleichtern? Muss ihre/seine Atmung durch therapeutische Maßnahmen unterstützt werden wie z.B. Inhalation, Sauerstoffverabreichung, Beatmungsgeräte, ... Wird ihre/seine Atmung durch Ab-/Zuleitungen behindert z.B. Nasensonde Nimmt sie/er Medikamente, die die Atmung positiv oder negativ beeinflussen?</p> <p>Puls: Letzt gemessener Wert und Interpretation? Mit Normwerten vergleichen! Variationen? Rhythmus? Qualität?</p> <p>Blutdruck: Letzt gemessener Wert und Interpretation? Mit Normwerten vergleichen! Variationen?</p>	

Essen und trinken

Hat sie/er Flüssigkeits-/Nahrungskarenz?
Muss sie/er eine Diät einhalten? z.B bei Diabetes?
Welche Nahrung darf sie/er zu sich nehmen z.B. Normalkost, Schonkost, Diät, püriert, vegetarisch, vegan, ...
Wann isst sie/er? morgens, mittags, abends? Gewohnheiten?
Wie oft isst sie/er? Macht sie/er Zwischenmahlzeiten?
Hat sie/er Appetit? Hungergefühl?
Wie viel isst sie/er?
Geschmacksinn intakt?
Wo nimmt sie/er ihre/seine Mahlzeiten ein (Tisch, Bett, Restaurant,...)
Braucht sie/er spezielles Material, welches ihr/ihm das Essen und Trinken erleichtert? (z.B. Schnabeltasse, Strohhalm, Verdickungsmittel)?
Kann sie/er kauen oder schlucken?
Schluckbeschwerden?
Hat sie/er Zähne, Zahnprothese oben/unten (gutsitzend,...)?
Wie ist der Zustand der Mundschleimhaut, der Zähne, des Zahnfleisches?
Trinkt sie/er genug? Wie viel?
Was ist ihr/sein Lieblingsgetränk?
Wie selbstständig ist sie/er bei der Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme? Braucht sie/er Hilfe beim Essen? Trinken? (Installation, Vorbereitung, ...?)
Hat sie/er spezielle Essenswünsche Vorlieben (Lieblingsessen), /Abneigungen?
Nimmt sie/er Medikamente vor, während, nach der Nahrungsaufnahme zu sich?
Hat sie/er ein gestörtes Essverhalten? (Magersucht, Ess-/Fress-Sucht...)
Wie ist ihr/sein Gewicht? ihre/seine Größe? BMI + Interpretation?
Erhält sie/er ihre/seine Ernährung über Magensonde, PEG Sonde...
Leidet sie/er an Erkrankungen, die einen Einfluss auf dieses Bedürfnis haben z.B. Diabetes, ..., Lebensmittelallergien?
Glykämie
Letzt gemessener Wert und Interpretation?
Mit Normwerten vergleichen!

Hat sie/er Verdauungsstörungen z.B. Übelkeit, Sodbrennen, ...
Gibt es Rituale oder religiöse Einflüsse bezüglich des Essens und Trinkens?

Ausscheiden

Urinausscheidung

Wie viel Urin scheidet sie/er aus? Wird eine Out-Bilanz gemacht?
Wie sieht der Urin aus? (Farbe, Beimengungen, Geruch, ...)
Wie oft scheidet sie/er Urin aus? Diurese?
Hat sie/er Probleme bei der Ausscheidung? (Schmerzen,...)
Hat sie/er eine Urinsonde? Cystofix?
Hat sie/er Erkrankungen der Harnwege z.B. Nierenprobleme, Infektion der Harnwege, ...
Ist sie/er urin-inkontinent?
Welche Hilfsmittel werden eingesetzt z.B. Tenaform, Erwachsenenwindel, Einlage, ...

Stuhlausscheidung

Wie oft scheidet sie/er Stuhl aus?
Hat sie/er eine regelmäßige Stuhlausscheidung?
Wann war ihre/seine letzte Stuhlausscheidung?
Gewohnheiten? Rituale?
Ist sie/er stuhl-inkontinent?
Welches Inkontinenzmaterial wird benutzt? (Tenaform, Erwachsenenwindel, ...)
Hat sie/er Probleme bei der Stuhlausscheidung z.B. Schmerzen, ...
Wie sieht der Stuhlgang aus (Menge, Geruch, Farbe, ...)
Leidet sie/er an Verstopfung /Durchfall?
Nimmt sie/er Abführmittel?
Künstlicher Darmausgang?

Urinausscheidung + Stuhlgangausscheidung

Wie sind ihre/seine Ausscheidungsgewohnheiten?
Kann sie/er das WC aufsuchen oder benötigt sie/er Bettpfanne, Urinflasche, Nachtstuhl?
Wie selbstständig ist sie/er bei diesem Bedürfnis? Wie sieht die eventuelle Hilfeleistung aus?
Nimmt sie/er Medikamente, die die Ausscheidungen positiv oder negativ beeinflussen, sowohl hinsichtlich Stuhl- wie Urinausscheidungen, eventuell sogar die anderen Ausscheidungen?
Hat sie/er irgendwelche Erkrankungen, z.B. Hämorrhoiden, ...

Andere Ausscheidungen

Erbricht sie/er?
Hat sie ihre Menstruation?
Schwitzt sie/er viel?

Sich bewegen und eine gewünschte Lage einnehmen

Kann sie/er sich selbstständig bewegen?
Bewegt sie/er sich genügend?
Welche Bewegungen kann sie/er ausführen z.B. sich drehen, heben, greifen,...?
Darf sie/er aufstehen oder ist sie/er bettlägerig?
Bei Bettlägerigkeit, wie oft wird sie/er umgelagert?
Ist sie/er selbstständig bei der Bewegung und in welchem Maß?
Ist sie/er motiviert sich zu bewegen?
Kann die/der PflegeempfängerIn stehen? Gehen? Wie weit kann sie/er gehen?
Ist sie/er fähig, selbst eine gewünschte Lage einzunehmen?
Hat sie/er Schmerzen bei der Bewegung?
Hat sie/er Erkrankungen, die die Bewegung beeinflussen z.B. Lähmungen, Arthrose, Parkinson, Amputation, Schwindel,?
Braucht sie/er Hilfsmittel um sich fortzubewegen z.B. Rollstuhl, Gehgestell, Rollator, Stock, Geländer, ...?
Leidet sie/er an Konsequenzen mangelnder Bewegung z.B. Dekubitus, Thrombose,... (Risiko?)
Hat sie/er ein Spezialbett, z.B. höhenverstellbar,...?
Hat sie/er eine Spezialmatratze?
Kommt der Physiotherapeut (Kiné)?
Sind Gymnastikübungen vorgesehen?
Gibt es therapeutische Mittel, die ihre/seine Bewegung behindern z.B. Gips, Ab-/Zuleitungen, Streckverband,....?
Gibt es therapeutische Mittel, die ihre/seine Bewegung verbessern z.B. Prothesen/Orthesen, ...
Wie sind ihre/seine Bewegungen? (fließend, roboterartig,...)
Wie sicher ist sie/er bei der Bewegung? (z.B. Gleichgewicht, Angst, Kraft,...)

Ruhen und schlafen	
<p>Welches sind ihre/seine Schlafgewohnheiten allgemein? (Schlafenszeiten, Schlafposition, wie viel Stunden hat sie/er geschlafen, ...) Welches sind ihre/seine Schlafrituale? Hat sie/er Schlafstörungen, z.B. Einschlafstörungen und Ursachen? Nimmt sie/er ein Schlafmedikament/Schlafmittel? Wie hat sie/er letzte Nacht geschlafen? Wie viele Stunden schläft sie/er? Fühlt sie/er sich ausgeruht? Welches Bett, Bettwäsche ... hat sie/er? Hat sie/er Anpassungsprobleme durch die fremde Umgebung hinsichtlich dieses Bedürfnisses z.B. Bettnachbar der schnarcht, ungewohntes Bett,.... Macht sie/er am Nachmittag ein Nickerchen? Wie lange? Wo?</p>	
Passende Kleidung auswählen und sich an- und auskleiden	
<p>Welche Art von Kleidung mag sie/er? Kann sie/er normale Kleidung tragen? Hat sie/er ihre/seine eigene Kleidung/Wäsche dabei? Wie oft wechselt sie/er ihre/seine Kleider? Muss sie/er eine spezielle Kleidung tragen z.B. OP-Kittel, spezielles Nachthemd, Hüftprotektionshose,.... Kann sie/er sich alleine an- und ausziehen? (Knöpfe, Reißverschluss, Strümpfe, Schuhe anziehen/zubinden,...) Trägt sie/er Schmuck? Kann sie/er die Kleidung selbst aussuchen? Und passt die Kleidung zur Jahreszeit? Wer kümmert sich um die Wäsche und Kleidung der/des PflegeempfängerIns? Kann sie/er sich dem Wetter entsprechend anziehen?</p>	

Normale Körpertemperatur aufrechterhalten

Wie war die letzte gemessene Körpertemperatur?
Wie ist ihre/seine Körpertemperatur verglichen mit der Norm?
Muss die Körpertemperatur jeden Tag gemessen werden?
Hat sie/er Erkrankungen, die die Körpertemperatur beeinflussen?
Bekommt sie/er Medikamente, die die Körpertemperatur positiv oder negativ beeinflussen?
Benötigt sie/er Hilfsmittel, um ihre/seine Temperatur aufrechtzuerhalten z.B. Decken, Eis,...?
Ist ihr/ihm oft kalt/warm?
Wie mag sie/er ihre/seine Umgebung (kalt/warm)?
Hat sie/er Schüttelfrost?
Falls sie/er Fieber hat, welches ist dessen Verlauf?

Sauber sein, seine Haut und Schleimhäute schützen und pflegen

Wie selbstständig ist sie/er bei der Körperpflege?
Was sind ihre/seine Waschgewohnheiten, wie, wann, wie oft?
Benutzt sie/er spezielle Hautpflegemittel z.B. Cremes, Deo, Haarspray, ...
Hat sie/er Erkrankungen, die dieses Bedürfnis beeinflussen z.B. Allergien, Hauterkrankungen, ...
Wie ist ihr/sein Hautzustand (Turgor, fettig, trocken, Farbe,)?
Schwitzt sie/er viel? (Rötungen, Intertrigo, Mykose,)
Wie ist der Zustand der Schleimhäute?
Wie ist der Zustand der Hautanhangsorgane z.B. Haare, Nägel, ...
Wo findet die Körperpflege statt (Bett, Lavabo, Bad, Dusche, ...)?
Sind neben der Körperwaschung noch andere Pflegen nötig z.B. Nagelpflege, Haarpflege, ...
Sind wegen diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen besondere Pflegen nötig?
Hat er sie/er Hilfsmittel, welche die Pflege erleichtern?
Wie wünscht sie/er die Temperatur des Wassers?
Wird eine beruhigende oder aktivierende Körperpflege durchgeführt?
Welche Mund- und Zahnpflege braucht die/der PflegeempfängerIn?
Braucht die/der PflegeempfängerIn eine Bartpflege?
Wie steht die/der PflegeempfängerIn zu ihrem/seinem Äußeren? (legt Wert auf gepflegtes Aussehen, ist ihr/ihm egal, ... was ist ihr/ihm wichtig?)

Gefahren für sich und andere vermeiden

Erkennt der PE Gefahren für sich selbst / für andere? Falls nein: warum nicht?
Zeigt der PE risikoreiche Verhaltensweisen?
Benötigt er/sie Schutzvorrichtungen wie z.B. Bettgitter, Gurte?
Hat er/sie eine ansteckende Krankheit?
Hat er/sie Angst?
Hat er/sie Ab-/Zuleitungen? Wenn ja, kann er/sie damit umgehen?
Ist er/sie orientiert? Weiß sie/er wo und wer sie/er ist? Zeitorientiert?
Wenn nein, wie erkennst du ihr/sein Nichtzurechtfinden und worin besteht deine Hilfeleistung?
Kann sie/er ihre/seine Emotionen kontrollieren, ist sie/er aggressiv, ...?

Kommunikation mit anderen

Kann sie/er reden?
Wie spricht sie/er? (deutlich, stottert, Sprachfehler, ...)
Kann sie/er sich mit Hilfe der Körpersprache ausdrücken?
Welche Sprache spricht sie/er?
Welche Sprachen versteht sie/er?
Ist es einfach, mit ihr/ihm in Kontakt zu treten?
Wenn nein, warum nicht? (Versteht nichts, spricht nicht, spricht unverständlich, ist verwirrt...)
Tritt sie/er leicht in Kontakt mit anderen PflegeempfängerInnen?
Hat sie/er ein Zimmernachbar? Wie ist das Verhältnis?
Redet sie/er gerne/viel oder zieht sie/er sich lieber zurück?
Zeigt sie/er ihre/seine Gefühle? Hat sie/er bestimmte Sorgen/Gefühlsbelastungen?
Wie ist ihre/seine Lebenseinstellung? (optimistisch, pessimistisch?)
Hat sie/er Kontakt mit ihren/seinen Angehörigen oder anderen?
Wie versteht sie/er sich mit ihren/seinen Angehörigen oder anderen?
Hat sie/er Erkrankungen, die dieses Bedürfnis positiv oder negativ beeinflussen? (z.B. Depressionen)
Wie will sie/er angesprochen werden?
Gibt es Gesprächsthemen, über welche die sie/er nicht sprechen will?
Was interessiert sie/ihn besonders?
Hat die/der PflegeempfängerIn noch Kontakt zur Außenwelt? (Besuch, Telefon, Fernsehapparat...)
Hat sie/er Hör- und/oder Sehprobleme?
Benötigt sie/er einen Hörapparat oder eine Brille?
Welche Probleme bestehen im Bereich der Sexualität?

<p>Hat die/der PflegeempfängerIn Schmerzen? akut/chronisch: Seit wann? Wie oft? Regelmäßig? Wann?</p>	
Nach seinem Glauben und seinen Werten handeln	
<p>Ist die Glaubensrichtung der/des PflegeempfängerIn bekannt? Wenn ja, um welche handelt es sich? Hat ihre/seine Glaubensrichtung einen Einfluss auf andere Bedürfnisse z.B. Essen, der Körperpflege, Gibt es Gewohnheiten, die man bei der Pflege beachten muss? Übt die/der PflegeempfängerIn spirituelle Tätigkeiten aus? Welche? (beten, Kirchengang,...) Benötigt sie/er etwas für ihren/seinen Glauben? Hat sie/er bestimmte Rituale? Gibt es spezielle Bezugspersonen? Gibt es Wünsche/Bräuche, die man beachten muss im Falle vom Tod? Gibt es andere Werte? z.B. Vegetarismus,...</p>	
Sich beschäftigen im Sinne etwas Produktives zu leisten	
<p>Welchen Beruf übt sie/er aus? Hat sie/er ausgeübt? Wo hat sie/er gearbeitet? Welcher Einfluss besteht/bestand durch eine Erkrankung auf die Ausübung des Berufes? Vermisst sie/er ihre/seine Arbeit? Wie lange hat sie/er ihren/seinen Beruf ausgeführt? Hatte sie/er Spaß in ihrem/seinem Beruf? Führt die/der PflegeempfängerIn eine gemeinnützliche Aufgabe aus? (Blumen gießen, Tiere versorgen, ...) Übt die/der PflegeempfängerIn noch eine produktive Beschäftigung aus? (basteln, stricken, Heimwerkern, ...)</p>	
Spielen oder Teilnehmen an verschiedenen Unterhaltungsformen	
<p>Was sind ihre/seine Hobbys und Interessen? Kann sie/er ihren/seinen Hobbys und Interessen nachgehen? Kann sie/er an Unterhaltungsformen teilnehmen? Will sie/er an Unterhaltungsformen teilnehmen? Nimmt sie/er an Unterhaltungsformen teil? An welchen? Welches sind ihre/seine Beschäftigungen im Laufe des Tages? Was macht sie/er gerne in ihrer/seiner Freizeit? Hatte sie/er früher (andere) Hobbys? Will sie/er diese Hobbys weiterführen? Hat sie/er neue Hobbys im Altenheim entdeckt?</p>	

Lernen, Entdecken oder seine Wissbegierde befriedigen

Versucht sie/er sich auf dem Laufenden zu halten z.B. durch Lesen der Zeitung, Radio, TV, ...
Fragt sie/er, was das Personal macht?
Informiert sie/er sich über neue Dinge, z.B. Geschehen im Pflegeheim/Krankenhaus?
Will sie/er Infos über ihre/seinen Gesundheitszustand?
Versteht der PE Gesundheits-Informationen?
Will/kann sie/er noch etwas Neues lernen? (z.B. Computer, ...)
Wie steht die/der PflegeempfängerIn zu ihrer/seiner jetzigen Lage?
Hat sie/er gelernt mit ihrer/seiner jetzigen Situation umzugehen?
Hat sie/er kulturelle oder andere Interessen?

E. Pflegeprobleme

Aktuelle Pflegeprobleme (ankreuzen) Problem nennen (siehe Liste der PP im Anhang)	Aktuelle Pflegeprobleme begründen (Risikofaktoren und Zeichen) Warum? Woran erkennt man es?
<ul style="list-style-type: none">• ENSPR 1+2+3<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Selbstpflegedefizit bei der Körperpflege<input type="checkbox"/> Selbstpflegedefizit beim Essen und Trinken<input type="checkbox"/> Selbstpflegedefizit bei der Ausscheidung<input type="checkbox"/> Selbstpflegedefizit beim An- und Auskleiden<input type="checkbox"/> eingeschränkte Mobilität<input type="checkbox"/> gestörte verbale Kommunikation• Ab ENSPR 4 zusätzlich:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> soziale Isolation<input type="checkbox"/> Aktivitätsintoleranz<input type="checkbox"/> Orientierungsstörungen/Verwirrtheit<input type="checkbox"/> Schmerz <p>PP aus dem psychosozialen Bereich</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Agressivität	

Potenzielle Pflegeprobleme (ankreuzen)	Potenzielle Pflegeprobleme begründen (Risikofaktoren nennen) (Analysieren Sie Ihre Beschreibung der 14 Bedürfnisse)	Pflegemaßnahmen zur Vorbeugung der potenziellen Pflegeprobleme müssen <u>im</u> <u>Arbeitsplan</u> eingeplant werden.
• ENSPR 1		
□ Dehydratationsgefahr		
□ Obstipationsgefahr		
□ Thrombosegefahr		
□ Sturzgefahr		
□ Soorgefahr		
□ Parotitisgefahr		
□ Aspirationsgefahr		
• ENSPR 2 + ENSPR 3		
+ Potenzielle PP von ENSPR1		
□ Dekubitusgefahr		
□ Intertrigogefahr		
□ Mykosegefahr		
□ Kontrakturgefahr		
□ Zystitisgefahr		
□ Pneumoniegefahr		

• ENSPR 4 bis ENSPR 7		
+ Potenzielle PP von ENSPR 1+2+3		
<input type="checkbox"/> Malnutritionsgefahr		
<input type="checkbox"/> Deprivationsgefahr/Habituationsgefahr		
<input type="checkbox"/> Hypoglykämiegefahr		
<input type="checkbox"/> Hyperglykämiegefahr		
<input type="checkbox"/> Gefahr eines diabetischen Fußes		
<input type="checkbox"/> Schmerzgefahr		

F. Arbeitsplan

Zeit	Pflegemaßnahmen, prophylaktische Maßnahmen, Überwachung.	Pflegeprobleme (aktuelle und potenzielle Pflegeprobleme)	Informationsübergabe (mündlich, schriftlich /Wo? an Wen?) spezifisches Material

--	--	--	--

--	--	--	--