

Informationssammlung vom Pflegeempfänger und den auszuführenden Pflegetechniken

A. GENERELLE INFORMATIONEN

- Name: ____ (nur Initialen) Zimmernummer: _____
- Alter: ____ Nationalität: _____
- Welche Sprache (n) spricht der Bewohner? _____

Zivilstand: verheiratet

ledig

Witwe(r) seit wann? _____

geschieden seit wann? _____

Wieviele Kinder hat der Bewohner? _____

Wer ist seine Bezugsperson? _____

Datum der Aufnahme ins Pflegeheim: _____

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 positive und/oder negative Erlebnisse/Erfahrungen haben das Leben des Bewohners geprägt? Welchen Beruf hat er ausgeübt, welchen Hobbys ist er nachgegangen?

D. INFORMATIONSSAMMLUNG ZU DEN 14 GRUNDBEDÜRFNISSEN NACH VIRGINIA HENDERSON

Bedürfnis	Beobachtungen, <u>Ressourcen</u> und Problemformulierung mit Argumentation
Normal atmen	
<p>Atmung: Wie ist die Atemfrequenz? Atmet er regelmäßig (Atemrhythmus)? Wie ist die Atemtiefe? Wie ist die Sauerstoffsättigung? Atmet er durch die Nase oder durch den Mund? Atmet er geräuschvoll? Ist er verschleimt? Sputum? Fällt ihm das Atmen schwer? Raucht er? Wenn ja, wie viel? Hat er Schmerzen bei der Atmung? Hat er irgendwelche chronische Atemwegserkrankungen, z.B. Asthma, ... Hat er andere Erkrankungen, die die Atmung beeinflussen z.B. Herzerkrankungen, Bypassoperation, ... Hat er im Moment eine akute Erkrankung der Atemwege z.B. Erkältung, ... Muss er im Moment eine bestimmte Lage einhalten um seine Atmung zu erleichtern? Muss seine Atmung durch therapeutische Maßnahmen unterstützt werden wie z.B. Inhalation, Sauerstoffverabreichung, Beatmungsgeräte, ... Wird seine Atmung durch Ab-/Zuleitungen behindert z.B. Nasensonde Nimmt er Medikamente, die die Atmung positiv oder negativ beeinflussen? Puls: Letzt gemessener Wert und Interpretation? Variationen? Rhythmus? Qualität? Blutdruck: Letzt gemessener Wert und Interpretation? Variationen? <input type="radio"/> Pneumonie-Gefahr <input type="radio"/> ..</p>	
Essen und trinken	
<p>Hat er Flüssigkeits-/Nahrungskarenz? Muss er eine Diät einhalten? z.B. bei Diabetes? Welche Nahrung darf er zu sich nehmen z.B. Normalkost, Schonkost, Diät, Püriert, Vegetarisch, Vegan, ... Wann isst er? Morgens, Mittags, Abends? Gewohnheiten? Wie oft isst er? Macht er Zwischenmahlzeiten? Hat er Appetit? Hungergefühl? Wie viel isst er? Geschmacksinn intakt? Wo nimmt er seine Mahlzeiten ein (Tisch, Bett, Restaurant,...) Braucht er spezielles Material um ihm das Essen und Trinken zu erleichtern (Schnabeltasse, Strohhalm, Verdickungsmittel...)? Kann er kauen oder schlucken? Schluckbeschwerden? Hat er Zähne, Zahnprothese oben/unten (gutsitzend,...)? Wie ist der Zustand der Mundschleimhaut, der Zähne, des Zahnfleisches? Trinkt er genug? Wie viel? Was ist sein Lieblingsgetränk? Wie selbstständig ist er bei der Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme? Braucht er/Sie Hilfe beim Essen? Trinken? (Installation, Vorbereitung, ...)? Hat er spezielle Essenswünsche Vorlieben(Lieblessen), /Abneigungen? Nimmt er Medikamente vor, während, nach der Nahrungsaufnahme zu sich? Hat er ein gestörtes Essverhalten? (Magersucht, Ess-/Fresssucht...) Wie ist sein Gewicht? Seine Größe? BMI + Interpretation? Erhält er seine Ernährung über Magensonde, PEG Sonde...</p>	

<p>Leidet er an Erkrankungen die einen Einfluss auf dieses Bedürfnis haben z.B. Diabetes, ,... Lebensmittelallergien? Hat er Verdauungsstörungen z.B. Übelkeit, Sodbrennen, ,... Gibt es Rituale oder religiöse Einflüsse bezüglich des Essens und Trinkens? <input type="radio"/> Aspirationsgefahr <input type="radio"/> Dehydratationsgefahr <input type="radio"/> ...</p>	
Ausscheiden	
<p>Urinausscheidung Wie viel Urin scheidet er aus? Wird eine Out-Bilanz gemacht? Wie sieht der Urin aus? (Farbe, Beimengungen, Geruch, ...) Wie oft scheidet er Urin aus? Diurese? Hat er Probleme bei der Ausscheidung? (Schmerzen, ,...) Hat er eine Urinsonde? Cystofix? Hat er Erkrankungen der Harnwege z.B. Nierenprobleme, Infektion der Harnwege, ,... Ist er Urin-inkontinent? Welche Hilfsmittel werden eingesetzt z.B. Tenaform, Erwachsenenwindel, Einlage, ... <input type="radio"/> Zystitis-Gefahr <input type="radio"/> ...</p> <p>Stuhlgangausscheidung Wie oft scheidet er Stuhl aus? Hat er eine regelmäßige Stuhlausscheidung? Wann war seine letzte Stuhlausscheidung? Gewohnheiten? Rituale? Ist er Stuhl-inkontinent? Welches Inkontinenzmaterial wird benutzt? (Tenaform, Erwachsenenwindel, ...) Hat er Probleme bei der Stuhlausscheidung z.B. Schmerzen, ... Wie sieht der Stuhlgang aus (Menge, Geruch, Farbe, ...) Leidet er an Verstopfung / Durchfall? Nimmt er Abführmittel? Falscher Darmausgang? <input type="radio"/> Obstipationsgefahr <input type="radio"/> ...</p> <p>Urinausscheidung + Stuhlgangausscheidung Wie sind seine Ausscheidungsgewohnheiten? Kann er das WC aufsuchen oder benötigt er Bettpfanne, Urinflasche, Nachtstuhl? Wie selbstständig ist er bei diesem Bedürfnis? Wie sieht die eventuelle Hilfeleistung aus? Nimmt er Medikamente die die Ausscheidungen positiv oder negativ beeinflussen, sowohl hinsichtlich Stuhl- wie Urinausscheidungen, eventuell sogar die anderen Ausscheidungen? Hat er irgendwelche Erkrankungen, z.B. Hämorrhoiden, ...</p> <p>Andere Ausscheidungen Erbricht er? Hat Sie ihre Menstruation? Schwitzt er viel?</p>	
Sich bewegen und eine gewünschte Lage einnehmen	
<p>Kann er sich selbständig bewegen? Bewegt er sich genügend? Welche Bewegungen kann er ausführen z.B. sich drehen, heben, greifen, ,...? Darf er aufstehen oder ist er bettlägerig? Bei Bettlägerigkeit, wie oft wird er umgelagert? Ist er selbstständig bei der Bewegung und in welchem Maß? Ist er motiviert sich zu bewegen? Kann der Bewohner stehen? Gehen? Wie weit kann er gehen? Ist er fähig selbst eine gewünschte Lage einzunehmen? Hat er Schmerzen bei der Bewegung? Hat er Erkrankungen, die die Bewegung beeinflussen z.B. Lähmungen, Arthrose, Parkinson, Amputation, Schwindel, ,...? Braucht er Hilfsmittel um sich fortzubewegen z.B. Rollstuhl, Gehgestell, Rollator, Stock, Geländer, ,...? Leidet er an Konsequenzen mangelnder Bewegung z.B. Dekubitus, Thrombose, ,... (Risiko?)</p>	

<p>Hat er ein Spezialbett, z.B. höhenverstellbar,...? Hat er eine Spezialmatratze? Kommt der Physiotherapeut (Kiné)? Sind Gymnastikübungen vorgesehen? Gibt es therapeutische Mittel die seine Bewegung behindern z.B. Gips, Ab-/Zuleitungen, Streckverband,...? Gibt es therapeutische Mittel die seine Bewegung verbessern z.B., Prothesen/Orthesen,... Wie sind seine Bewegungen? (fließend, roboterartig,...) Wie sicher ist er bei der Bewegung? (z.B. Gleichgewicht, Angst, Kraft,...) <input type="checkbox"/> Dekubitus-Gefahr <input type="checkbox"/> Kontrakturen Gefahr <input type="checkbox"/> Thrombosegefahr ...</p>	
Ruhen und schlafen	
<p>Welches sind seine Schlafgewohnheiten allgemein? (Schlafenszeiten, Schlafposition, wie viel Stunden hat er geschlafen, ...) Welches sind seine Schlafrituale? Hat er Schlafstörungen, z.B. Einschlafstörungen und Ursachen? Nimmt er ein Schlafmedikament/Schlafmittel? Wie hat er letzte Nacht geschlafen? Wieviel Stunden schläft er? Fühlt er sich ausgeruht? Welches Bett, Bettwäsche ... hat er? Hat er Anpassungsprobleme durch die fremde Umgebung hinsichtlich dieses Bedürfnisses z.B. Bettnachbar der schnarcht, ungewohntes Bett,... Macht er am Nachmittag ein Nickerchen? Wie lange? Wo?</p>	
Passende Kleidung auswählen und sich an- und auskleiden	
<p>Welche Art von Kleidung mag er? Kann er normale Kleidung tragen? Hat er seine eigene Kleidung / Wäsche dabei? Wie oft wechselt er seine Kleider? Muss er eine spezielle Kleidung tragen z.B. OP-Kittel, spezielles Nachthemd, Hüftprotektionshose,... Kann er sich alleine an- und ausziehen? (Knöpfe, Reißverschluss, Strümpfe, Schuhe anziehen/zubinden,...) Trägt er Schmuck? Kann er die Kleidung selbst aussuchen? Und passt die Kleidung zur Jahreszeit? Wer kümmert sich um die Wäsche und Kleidung des Bewohners? Kann er angemessen mit dem Wetter sich anziehen?</p>	
Normale Körpertemperatur aufrechterhalten	
<p>Wie war die letzte gemessene Körpertemperatur? Wie ist seine Körpertemperatur verglichen mit der Norm? Muss die Körpertemperatur jeden Tag gemessen werden? Hat er Erkrankungen die die Körpertemperatur beeinflussen? Bekommt er Medikamente die die Körpertemperatur positiv oder negativ beeinflussen? Benötigt er Hilfsmittel um seine Temperatur aufrechtzuerhalten z.B. Decken, Eis,...? Ist ihm oft kalt/warm? Wie mag er seine Umgebung (kalt/warm)? Hat er Schüttelfrost? Falls er Fieber hat, welches ist dessen Verlauf?</p>	
Sauber sein, seine Haut und Schleimhäute schützen und pflegen	
<p>Wie selbstständig ist er bei der Körperpflege? Was sind seine Waschgewohnheiten, wie, wann, wie oft? Benutzt er spezielle Hautpflegemittel z.B. Cremes, Deo, Haarspray, ... Hat er Erkrankungen die dieses Bedürfnis beeinflussen z.B. Allergien, Hauterkrankungen, ... Wie ist sein Hautzustand (Turgor, fettig, trocken, Farbe,)? Schwitzt er viel? (Rötungen, Intertrigo, Mykose,) Wie ist der Zustand der Schleimhäute?</p>	

<p>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? Bereich? Hat er ein Hilfsmittel welche die Pflege erleichtern? Wie wünscht er die Temperatur des Wassers? Wird eine beruhigende oder aktivierende Körperpflege durchgeführt? Welche Mund- und Zahnpflege braucht der Bewohner? Braucht der Bewohner eine Bartpflege? Wie steht der Bewohner zu seinem äußeren? (legt Wert auf gepflegtes Aussehen, ist ihm egal, ... was ist ihm wichtig?) <input type="radio"/> Intertrigogefahr <input type="radio"/> Soor- und Parotitisgefahr <input type="radio"/> ..</p>	
Gefahren für sich und andere vermeiden	
<p>Benötigt er Schutzvorrichtungen wie z.B. Bettgitter, Gurte, ..., damit er sich nicht selbst gefährdet? Hat er eine ansteckende Krankheit? Hat er Angst? Hat er Ab-/Zuleitungen? Wenn ja, kann er damit umgehen? Ist er orientiert? Weiß er wo und wer er ist? Zeitorientiert? Wenn nein, wie erkennst du sein Nichtzurechtfinden und worin besteht deine Hilfeleistung? Kann er seine Emotionen kontrollieren, ist er aggressiv, ...? Hat er Allergien oder andere Erkrankungen die ihn einer Gefahr aussetzen? Wie ist der Puls der Person verglichen mit der Norm? Wie ist der Blutdruck der Person verglichen mit der Norm? Nimmt die Person Medikamente ein die den Blutdruck und den Kreislauf insgesamt positiv oder negativ beeinflussen? Sturzgefahr? Welche Hilfsmittel werden benutzt? (Telealarm, Matte vor dem Bett, ...) <input type="radio"/> Sturzgefahr <input type="radio"/> ...</p>	
Kommunikation mit anderen	
<p>Kann er reden? Wie spricht er? (deutlich, stottert, Sprachfehler, ...) Kann er sich mit Hilfe der Körpersprache ausdrücken? Welche Sprache spricht er? Welche Sprachen versteht er? Ist es einfach mit ihm in Kontakt zu treten? Wenn nein, warum? (Versteht nichts, spricht nicht, spricht unverständlich, ist verwirrt...) Tritt er leicht in Kontakt mit anderen Bewohner? Hat er ein Zimmernachbar? Wie ist das Verhältnis? Redet er gerne, viel, oder zieht er sich lieber zurück? Zeigt er seine Gefühle? Hat er bestimmte Sorgen/Gefühlsbelastungen? Wie ist seine Lebenseinstellung? (Optimistisch, Pessimistisch?) Hat er Kontakt mit seinen Angehörigen oder anderen? Wie versteht er sich mit seinen Angehörigen oder anderen? Hat er Erkrankungen die dieses Bedürfnis positiv oder negativ beeinflussen z.B. Depressionen Wie will er angesprochen werden? Gibt es Gesprächsthemen über welche er nicht sprechen will? Was interessiert ihn besonders? Hat der Bewohner noch Kontakt zur Außenwelt? (Besuch, Telefon, Fernsehapparat...) Hat er Hör- und/oder Sehprobleme? Benötigt er ein Hörapparat oder eine Brille? Welche Probleme bestehen im Bereich der Sexualität?</p>	

<p>Hat der Bewohner Schmerzen? Akut / Chronisch: Seit wann? Wie oft? Regelmäßig? Wann? <input type="radio"/> ...</p>	
Nach seinem Glauben und seinen Werten handeln	
<p>Ist die Glaubensrichtung Des Bewohners bekannt? Wenn ja, um welche handelt es sich? Hat seine Glaubensrichtung einen Einfluss auf andere Bedürfnisse z.B. Essen, der Körperpflege, Gibt es Gewohnheiten die man bei der Pflege beachten muss? Übt der Bewohner spirituellen Tätigkeiten aus? Welche? (beten, Kirchengang,...) Benötigt er etwas für seinen Glauben? Hat 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 er aus? Hat er ausgeübt? Wo haben sie gearbeitet? Welchen Einfluss besteht durch eine Erkrankung auf die Ausübung des Berufes? Oder hat den Beruf beeinflusst? Vermissen sie ihre Arbeit? Wie lange haben sie ihren Beruf ausgeführt? Hatten sie Spaß in ihrem Beruf? Führt der Bewohner eine gemeinnützliche Aufgabe aus? (Blumen gießen, Tiere versorgen, ...) Übt der Bewohner noch eine produktive Beschäftigung aus? (basteln, stricken, Heimwerkern, ...)</p>	
Spielen oder Teilnehmen an verschiedenen Unterhaltungsformen	
<p>Was sind seine Hobbys und Interessen? Kann er seinen Hobbys und Interessen nachgehen? Kann er an Unterhaltungsformen teilnehmen? Will er an Unterhaltungsformen teilnehmen? Nimmt er an Unterhaltungsformen teil? Welche? Welches sind seine Beschäftigungen im Laufe des Tages? Was machen sie gerne in ihrer Freizeit? Hatten sie früher (andere) Hobbys? Wollen sie diese Hobbys weiterführen? Haben sie neue Hobbys im Altenheim entdeckt?</p>	
Lernen, Entdecken oder seine Wissbegierde befriedigen	
<p>Versucht er sich auf dem Laufenden zu halten z.B. durch lesen der Zeitung, Radio, TV, ... Fragt er was das Personal macht? Informiert er sich über neue Dinge, z.B. Geschehen im Pflegeheim/Krankenhaus? Will er Infos über seinen Gesundheitszustand? Will/Kann er noch etwas Neues lernen? (z.B. Computer, ...) Wie steht der Bewohner zu seiner jetzigen Lage? Hat er gelernt mit seiner jetzigen Situation umzugehen? Hat er kulturelle oder andere Interessen?</p>	

E. Arbeitsplan

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

--	--	--	--

--	--	--	--