

**Erhebungsbogen
zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI
in der ambulanten Pflege**

Hinweise:

| | | |
|-------|---|----------------------------------------------------------|
| M | = | Mindestangaben |
| Info | = | Informationsfrage |
| T | = | Transparenzkriterium |
| B | = | sonstige Bewertungsfrage |
| t.n.z | = | trifft nicht zu |
| n.e. | = | nicht erforderlich (wird für die Prüfung nicht benötigt) |
| k.A. | = | keine Angabe |
| E | = | Empfehlung |

Erhebungsbogen zur Prüfung im Pflegedienst
(Struktur- und Prozessqualität)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
0
1
2
3
4
5
6
7
8

1. Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

| M/Info | |
|--------|-----------------|
| 1.1 | Auftragsnummer: |

| M/Info | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.2 Daten zum Pflegedienst | |
| a. Name | |
| b. Strasse | |
| c. PLZ / Ort | |
| d. Institutions- kennzeichen (IK) | 1. |
| | 2. |
| | 3. |
| | 4. |
| e. Telefon | |
| f. Fax | |
| g. E-Mail | |
| h. Internet-Adresse | |
| i. Träger / Inhaber | |
| j. Trägerart <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln | |
| k. ggf. Verband | |
| l. Datum Ab- schluss Versor- gungsvertrag | |
| m. Datum Inbetrieb- nahme des Pfl- gedienstes | |
| n. Verantw. PFK Name | |
| o. Stellv. verantw. PFK Name | |
| p. ggf. vorhandene Zweigstellen / Filialen | |
| q. Zertifizierung | |
| <input type="checkbox"/> Liegt vor <input type="checkbox"/> Liegt nicht vor | |
| r. Name des An- sprechpartners für die DCS | |

| | | |
|-----------|---------------------------------------------------|--|
| s. | e-mail des Ansprechpartners für die DCS | |
| t. | Rufnummer des Ansprechpartners für die DCS | |
| u. | Faxnummer des Ansprechpartners für die DCS | |

1

| M/Info | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|
| 1.3 Daten zur Prüfung | | |
| a Auftraggeber / Zuständiger Landesverband der Pflegekassen | <input type="checkbox"/> AOK | <input type="checkbox"/> KBS |
| | <input type="checkbox"/> BKK | <input type="checkbox"/> LKK |
| | <input type="checkbox"/> IKK | <input type="checkbox"/> vdek |
| b Prüfung durch | <input type="checkbox"/> MDK | <input type="checkbox"/> PKV-Prüfdienst |
| c. Datum | | |
| | von TT.MM.JJJJ | bis TT.MM.JJJJ |
| d. Uhrzeit 1. Tag 2. Tag 3. Tag | | |
| | von | bis |
| | | |
| | von | bis |
| | | |
| | von | bis |
| e. Gesprächspartner des Pflegedienstes | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| f. Prüfende(r) Gutachter | | |
| | | |
| g. An der Prüfung Beteiligte <input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Trägerverband <input type="checkbox"/> Sonstige: welche? | Namen | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| h. Ansprechpartner des MDK / PKV- | Name | |
| | | |

| | |
|--------------|---------------|
| Prüfdienstes | E-Mailadresse |
|--------------|---------------|

1

| M/Info | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI | |
| a. <input type="checkbox"/> Regelprüfung | |
| b. <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Beschwerde Pflegebedürftiger, Angehörige o. ä.) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) Anlassprüfung (sonstige Hinweise) | |
| c. <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung auf Antrag der Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> nach Regelprüfung <input type="checkbox"/> nach Anlassprüfung | |
| d. <input type="checkbox"/> nächtliche Prüfung | |
| e. Datum der letzten Prüfung durch den MDK/PKV-Prüfdienst | |
| | TT.MM.JJ |
| f. Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen | <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> keine Angaben <input type="checkbox"/> Prüfung nach anerkanntem Prüfverfahren |
| | MM.TT |
| | |
| | |
| | |

2

3

M/Info

1.5 Vom Pflegedienst zur Prüfung vorgelegte Unterlagen?

1

| | ggf. Datum | liegt vor | liegt nicht vor | t.n.z. | n. e. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Aufstellung über die Anzahl aller versorgten Personen (SGB XI, SGB V, Selbstzahler, Sonstige) sowie Pflegestufendifferenzierung der Leistungsempfänger nach SGB XI mit Datum | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Aufstellung über die Anzahl der Pflegebedürftigen mit: - Wachkoma - Beatmungspflicht - Dekubitus - Blasenkatheter - PEG-Sonde - Fixierung - Kontraktur - vollständiger Immobilität - Tracheostoma - MRSA - Diabetes mellitus | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Versorgungsvertrag des Pflegedienstes / Strukturhebungsbo- gen | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Blanko-Pflegevertrag | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Ausbildungsnachweis der verantwortlichen Pflegefachkraft | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Weiterbildungsnachweis der verantwortlichen Pflegefachkraft | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Ausbildungsnachweis der stellvertretenden verantwortlichen Pflege- fachkraft | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Pflegebezogene Ausbildungsnachweise der pflegerischen Mitar- beiter | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Aufstellung aller in der Pflege tätigen Mitarbeiter mit Name, Be- rufsausbildung und Beschäftigungsumfang | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| aktuelle Handzeichenliste | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Liste der vom Pflegedienst vorgehaltenen Pflegehilfsmittel / Hilfsmittel | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Dienstpläne | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Touren- / Einsatzpläne | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Organigramm | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Pflegeleitbild | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Pflegekonzept | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Pflegedokumentationssystem | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Stellenbeschreibungen | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Nachweise über Pflegevisiten | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachweise über Fallbesprechungen | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachweise über Informationsweitergabe | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Nachweise über Dienstbesprechungen | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Fortbildungsplan | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Nachweise interne Fortbildung | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Nachweise externe Fortbildung | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Nachweise zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Nachweise externes Qualitätsmanagement | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Leitlinien/Richtlinien/Standards | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Hygienestandard/-plan/-konzept | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Konzept zum Beschwerdemanagement | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Regelungen zum Umgang mit personenbezogenen Notfällen | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

2

| | |
|---------------|-----------------------------|
| M/Info | |
| 1.6 | Versorgungssituation |

1

| | Gesamt | davon Leistungsempfänger nach: | | | |
|---------------------------------------|--------|--------------------------------|-----------------------|------------------|----------|
| | | Aus-schließlich SGB XI | Aus-schließlich SGB V | SGB XI und SGB V | Sonstige |
| Versorgte Personen | | | | | |
| davon ggf. nach Schwerpunkt Versorgte | | | | | |

2

| | |
|---------------|--------------------------------------------------------------------|
| M/Info | |
| 1.7 | Nach Angabe des Pflegedienstes Anzahl Pflegebedürftige mit: |
| a. | Wachkoma |
| b. | Beatmungspflicht |
| c. | Dekubitus |
| d. | Blasenkatheter |
| e. | PEG-Sonden |
| f. | Fixierung |
| g. | Kontraktur |
| h. | vollständiger Immobilität |
| i. | Tracheostoma |
| j. | MRSA |
| k. | Diabetes mellitus |

3

| | | | |
|--------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/Info | | ja | nein |
| 1.8 | Ist ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welcher? | | | |

4

| | | | |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/Info | | ja | nein |
| 1.9 | Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? | | | |
| a. | <input type="checkbox"/> Grundpflege | | |
| b. | <input type="checkbox"/> Behandlungspflege | | |
| c. | <input type="checkbox"/> hauswirtschaftliche Versorgung | | |
| d. | <input type="checkbox"/> Rufbereitschaft | | |
| e. | <input type="checkbox"/> Nachtdienst | | |

5

6

7

1
2
3
4
5
6
7
8
9

2. Allgemeine Angaben

| | ja | nein | t.n.z. | E. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.1 Räumliche Ausstattung: | | | | <input type="checkbox"/> |
| B | | | | |
| a. Geschäftsräume vorhanden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| B | | | | |
| b. Räumlichkeiten und Ausstattung bieten Möglichkeit zur Teambesprechung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| B | | | | |
| c. Wohnungsschlüssel der Pflegebedürftigen werden für Unbefugte unzugänglich (z.B. Schlüsselkasten) aufbewahrt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| B | | | | |
| d. Zuordnung der Wohnungsschlüssel der Pflegebedürftigen für Unbefugte nicht möglich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| M/T30/B | | | | |
| 2.2 Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| M/T29/B | | | | |
| 2.3 Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| B | | | | |
| 2.4 Werden Pflegeverträge mit den Pflegebedürftigen abgeschlossen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| B | | | | |
| 2.5 Gibt es verbindliche Verfahrensweisen für den Erstbesuch beim Pflegebedürftigen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| B | | | | |
| 2.6 Werden Pflegeeinsätze nach § 37 SGB XI durch Pflegefachkräfte sichergestellt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

1
2

3. Aufbauorganisation Personal

| | | ja | nein | tnz | E. |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.1 | Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiter verbindlich geregelt? | | | | <input type="checkbox"/> |
| B | | | | | |
| a. | Organisationsstruktur z.B. in Form eines Organigramms geregelt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| M/T35/B | | | | | |
| b. | Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die leitende Pflegefachkraft geregelt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| B | | | | | |
| c. | Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Pflegefachkräfte z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| B | | | | | |
| d. | Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Krankenpflegehelfer z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| B | | | | | |
| e. | Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Altenpflegehelfer z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| B | | | | | |
| f. | Verantwortungsbereiche/Aufgaben für angelernte Kräfte in der Pflege z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Fortbildung, Anleitung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| M/T36/B | | | | | |
| g. | Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die Mitarbeiter in der Hauswirtschaft geregelt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

3

| Info | | ja | nein | E. |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.2 | Ist die verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4

| | | ja | nein |
|------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.3 | Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien: | | |
| B | | | |
| a. | Pflegefachkraft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B | | | |
| b. | ausreichende Berufserfahrung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B | | | |
| c. | sozialversicherungspflichtige Beschäftigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B | | | |
| d. | Weiterbildung zur Leitungsqualifikation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Info | |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.4 | Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in diesem Pflegedienst? |
| Stunden | |

1

| Info | |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 3.5 | Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig? |
| Mit welchem Stundenumfang? | |

ja nein

E.

2

| Info | |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.6 | Ist die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt? |

ja nein

E.

3

| | | | |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.7 | Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien: | ja | nein |
| B | | | |
| a. | <input type="checkbox"/> Pflegefachkraft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B | | | |
| b. | <input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtige Beschäftigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ja nein

4

| Info | | | | | | |
|--------------------------------------------|------------------------------------|--------------|--------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------------------------|
| 3.8 Zusammensetzung Personal | | | | | | |
| Pflege | | | | | | |
| | Vollzeit Stunden/Woche | Teilzeit | | geringfügig Beschäftigte | | Gesamt- stellen in Vollzeit |
| | Anzahl MA | Anzahl MA | Stellen- umfang | Anzahl MA | Stellen- umfang | |
| Geeignete Kräfte: | | | | | | |
| Verantwortliche Pflegefachkraft | | | | | | |
| Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft | | | | | | |
| Altenpfleger/in | | | | | | |
| (Gesundheits- und) Krankenpflege/in | | | | | | |
| (Gesundheits- und) Kinderkrankenpfleger/in | | | | | | |
| Heilerziehungspfleger/in | | | | | | |
| Krankenpflegehelfer/in | | | | | | |
| Altenpflegehelfer/in | | | | | | |
| angelernte Kräfte | | | | | | |
| Auszubildende | | | | | | |
| Zivildienstleistende | | | | | | |
| Freiwilliges soz. Jahr | | | | | | |
| Sonstige | | | | | | |
| hauswirtschaftliche Versorgung | | | | | | |
| hauswirtschaftliche Mitarbeiter | | | | | | |

1
2

1
2
3
4
5
6
7

4. Ablauforganisation

| | | | | |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| | | ja | nein | E. |
| 4.1 | Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert? | | | <input type="checkbox"/> |
| | M/B | | | |
| a. | Verantwortlichkeit für Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe für Pflegefachkraft geregelt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | M/B | | | |
| b. | personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | B | | | |
| 4.2 | Hat die verantwortliche Pflegefachkraft ausreichend Zeit für ihre Leitungsaufgaben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | E. <input type="checkbox"/> |
| | M/B | | | |
| 4.3 | Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | E. <input type="checkbox"/> |
| | M/B | | | |
| 4.4 | Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor? | ja | nein | E. <input type="checkbox"/> |
| | B | | | |
| a. | dokumentenecht (z.B. kein Bleistift, keine Überschreibungen, kein Tipp-Ex, keine unleserlichen Streichungen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | B | | | |
| b. | Soll-, Ist- und Ausfallzeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | B | | | |
| c. | Zeitpunkt der Gültigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | B | | | |
| d. | vollständige Namen (Vor- und Zunamen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | B | | | |
| e. | Qualifikation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | B | | | |
| f. | Umfang des Beschäftigungsverhältnisses (Wochen- oder Monatsarbeitszeit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | B | | | |
| g. | Legende für Dienst- und Arbeitszeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | B | | | |
| h. | Datum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | B | | | |
| i. | Unterschrift der verantwortlichen Person | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ja | nein | E. |
| 4.5 Liegen geeignete Einsatz- / Tourenpläne vor? | | | <input type="checkbox"/> |
| B | | | |
| a. Datum der Gültigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| B | | | |
| b. tageszeitliche Zuordnung von Mitarbeitern zu Pflegebedürftigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| B | | | |
| c. Angabe der verantwortlichen Person | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

1

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/T37/B | | | |
| 4.6 Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes im Hinblick auf die vereinbarten Leistungen sichergestellt? | ja | nein | E. |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2

3

4

1
2
3
4
5
6
7

5. Konzeptionelle Grundlagen

| | | ja | nein | t.n.z. | E. |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5.1 | Wenn schwerpunktmäßig besondere Personengruppen versorgt werden: Werden die diesbezüglichen Anforderungen erfüllt? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | B | | | | |
| a. | schriftlich dargelegt im Einrichtungskonzept | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | B | | | | |
| b. | Pflegefachkräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fort- und/oder Weiterbildung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | B | | | | |
| c. | Pflegehilfskräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fortbildung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | B | | | | |
| d. | vereinbarte Anforderungen an den Schwerpunkt werden umgesetzt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| | | ja | nein | t.n.z. | E. |
|------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5.2 | Liegt ein geeignetes schriftliches Pflegekonzept vor? | | | | <input type="checkbox"/> |
| | B | | | | |
| a. | Aussagen zum Pflegemodell | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | B | | | | |
| b. | Aussagen zum Pflegesystem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | B | | | | |
| c. | Aussagen zum Pflegeprozess | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | B | | | | |
| d. | Aussagen zur innerbetrieblichen Kommunikation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | B | | | | |
| e. | Aussagen zum Qualitätssicherungssystem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | B | | | | |
| f. | Aussagen zur Leistungsbeschreibung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | B | | | | |
| g. | Aussagen zur Kooperation mit anderen Diensten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | B | | | | |
| h. | Aussagen zur personellen Ausstattung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| | | ja | nein | t.n.z. | E. |
|------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|--------------------------|
| 5.3 | Ist das Pflegekonzept den Mitarbeitern in der Pflege bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

1
2
3
4
5
6
7

6. Qualitätsmanagement

| | | | | |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| B | | ja | nein | E. |
| 6.1 | Ist die betriebliche Zuständigkeit für die Wahrnehmung der Aufgaben im Sinne des Qualitätsmanagements der Leitungsebene zugeordnet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| B | | ja | nein | E. |
| 6.2 | Werden Maßnahmen der externen Qualitätssicherung durchgeführt (z.B. Mitwirkung an einrichtungsübergreifenden Qualitätskonferenzen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 6.3 | Werden die für die ambulante Pflege relevanten Aussagen der Expertenstandards des DNQP¹ im Rahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt oder sind konkrete Maßnahmen in dieser Hinsicht geplant? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | | | | |
| a. | Dekubitusprophylaxe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| M/B | | | | | |
| b. | Pflegerisches Schmerzmanagement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| M/B | | | | | |
| c. | Sturzprophylaxe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| M/B | | | | | |
| d. | Kontinenzförderung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| M/B | | | | | |
| e. | Chronische Wunden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| | | | | |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| B | | ja | nein | E. |
| 6.4 | Werden Maßnahmen der internen Qualitätssicherung im Bereich Pflege durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| B | | ja | nein | E. |
| 6.5 | Wird das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (im Sinne des PDCA-Zyklus) gehandhabt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | | | |
| a. | Istanalyse, Zielformulierung und Maßnahmenplanung (Plan) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| M/B | | | | |
| b. | Umsetzung (Do) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| M/B | | | | |
| c. | Überprüfung der Wirksamkeit (Check) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| M/B | | | | |
| d. | Anpassung der Maßnahmen (Act) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

¹ Die bisher vom DNQP entwickelten Expertenstandards konkretisieren den Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und sind bis zu einem Aktualisierungsbeschluss bzw. Einführungsbeschluss eines neuen Expertenstandards nach § 113a SGB XI relevant.

| | | | | |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | ja | nein | E. |
| 6.6 | Liegt im Pflegedienst eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor? | | | <input type="checkbox"/> |
| | B | | | |
| a. | aktuell (umfasst alle Mitarbeiter, die seit mehr als 1 Woche beschäftigt sind) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | B | | | |
| b. | Nennung der Qualifikation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | B | | | |
| c. | Vor- und Zunamen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | B | | | |
| d. | Handzeichen übereinstimmend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

1

| | | | | |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | M/T34/B | ja | nein | E. |
| 6.7 | Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildungen einbezogen werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2

| | | | | |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | ja | nein | E. |
| 6.8 | Werden aktuelle Fachliteratur und Fachzeitschriften für die Mitarbeiter im Pflegedienst im Bereich Pflege zugänglich vorgehalten? | | | <input type="checkbox"/> |
| | B | | | |
| a. | Auswahl aktueller tätigkeitsbezogener Fachbücher, die allen Mitarbeitern zugänglich ist | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | B | | | |
| b. | mindestens eine periodisch erscheinende Fachzeitschrift, die allen Mitarbeitern z.B. per Umlauf zugänglich ist | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

3

| | | | | | |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 6.9 | Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt? | | | | <input type="checkbox"/> |
| | B | | | | |
| a. | Zielvorgaben im Konzept | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | B | | | | |
| b. | zeitliche Vorgaben im Konzept | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | B | | | | |
| c. | inhaltliche Vorgaben im Konzept | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | B | | | | |
| d. | Pflegfachkraft als Ansprechpartner im Konzept benannt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | B | | | | |
| e. | Differenzierung nach Qualifikation der Mitarbeiter im Konzept | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | B | | | | |
| f. | Einarbeitungsbeurteilung im Konzept | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | B | | | | |
| g. | Konzept angewandt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

4

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ja | nein | E. |
| 6.10 Werden Methoden zur Sicherstellung der Informationsweitergabe genutzt? | | | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | | |
| a. geregelte Übergabe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| M/B | | | |
| b. regelmäßigen Dienstbesprechungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| M/B | | | |
| c. schriftlich fixierte Regelungen (z.B. Dienstanweisungen, Rundschreiben, Aushang) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

1

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ja | nein | E. |
| 6.11 Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen für Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Pflegebedürftigen? | | | <input type="checkbox"/> |
| M/T32/B | | | |
| a. Werden die Mitarbeiter regelmäßig in erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| M/T31/B | | | |
| b. Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei pflegebedürftigen Menschen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

2

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ja | nein | E. |
| 6.12 Gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MT33/B | | | |

3

4

1
2
3
4

7. Pflegedokumentationssystem

| | | | | |
|------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| B | | ja | nein | E. |
| 7.1 | Liegt ein einheitliches Pflegedokumentationssystem vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| B | | ja | nein | E. |
| 7.2 | Können alle relevanten Informationen mit dem angewandten Pflegedokumentationssystem erfasst werden? | | | <input type="checkbox"/> |
| B | | | | |
| a. | Stammdaten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| B | | | | |
| b. | Pflegeanamnese/Informationssammlung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| B | | | | |
| c. | Biografie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| B | | | | |
| d. | Bedürfnisse, Probleme und Fähigkeiten, Ziele und geplante Maßnahmen sowie die Evaluation der Ergebnisse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| B | | | | |
| e. | verordnete medizinische Behandlungspflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| B | | | | |
| f. | Gabe verordneter Medikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| B | | | | |
| g. | Durchführungsnachweis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| B | | | | |
| h. | Pflegebericht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| B | | | | |
| i. | Bewegungs- bzw. Lagerungsplan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| B | | | | |
| j. | Trink-/Bilanzierungsplan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| B | | | | |
| k. | Ernährungsplan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| B | | | | |
| l. | Überleitungsbogen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| B | | | | |
| m. | Wunddokumentation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| B | | | | |
| n. | Dekubitusrisiko/Dekubitusrisikoskala | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| B | | | | |
| o. | Fixierung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| B | | | | |
| p. | Gewichtsverlauf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| B | | | | |
| q. | Miktionsprotokoll | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| B | | | | |
| r. | Sturzrisiko | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| B | | | | |
| s. | Sonstiges | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | ja | nein | t.n.z. | E. |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7.3 | Ist bei einer computergestützten Pflegedokumentation durch die Vergabe von Zugriffsrechten eine eindeutige Zuordnung von Eingaben in den PC zu Mitarbeitern möglich? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B | | | | | |
| a. | Zugriffsrechte für alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter eindeutig geregelt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| B | | | | | |
| b. | Eintragungen sind Mitarbeitern zugeordnet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| B | | | | | |
| c. | nachträgliche Eintragungen / Änderungen werden als solche gekennzeichnet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

1
2
3

1
2
3
4
5

8. Hygiene

| | | | | |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | ja | nein | E. |
| 8.1 | Gibt es im Pflegedienst ein angemessenes Hygienemanagement? | | | <input type="checkbox"/> |
| | M/B | | | |
| a. | innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | M/B | | | |
| b. | Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | M/B | | | |
| c. | Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | M/B | | | |
| d. | innerbetriebliche Verfahrensanweisungen Mitarbeitern bekannt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | M/B | | | |
| e. | alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | | |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | ja | nein | E. |
| 8.2 | Sind im Pflegedienst die für die ambulante Pflege relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch Institutes nachweislich bekannt? | | | <input type="checkbox"/> |
| | M/B | | | |
| a. | Empfehlung zur Händehygiene bekannt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | M/B | | | |
| b. | Empfehlung zur Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiertes Harnwegsinfektionen bekannt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | M/B | | | |
| c. | Empfehlung zur Prävention der nosokomialen Pneumonie bekannt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | M/B | | | |
| d. | Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen bekannt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | | |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | ja | nein | E. |
| 8.3 | Stehen den Mitarbeitern in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung? | | | <input type="checkbox"/> |
| | B | | | |
| a. | Handschuhe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | B | | | |
| b. | Händedesinfektionsmittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | B | | | |
| c. | Schutzkleidung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| M/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.4 | Wenn vom Pflegedienst Pflegebedürftige mit MRSA betreut werden: Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1
2

**Erhebungsbogen zur Prüfung beim Pflegebedürftigen
(Prozess- und Ergebnisqualität)**

9. Allgemeine Angaben

| M/Info | | | | |
|----------------------------|--|----------------|--|------------------------------|
| 9.1 Auftragsnummer: | | | | |
| Datum | | Uhrzeit | | Nummer Erhebungsbogen |

| M/Info | | | | | ja | nein |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------|
| 9.2 Angaben zum Pflegebedürftigen | | | | | | |
| a. | Name | | | | | |
| b. | Pflegekasse | | | | | |
| c. | Geburtsdatum | | | | | |
| d. | Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst | | | | | |
| e. | Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes | | | | | |
| f. | Pflegestufe | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> I | <input type="checkbox"/> II | <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Härtefall | <input type="checkbox"/> nicht pflegebedürftig (SGB XI) | <input type="checkbox"/> noch nicht eingestuft | |
| g. | Liegt nach Angabe des Pflegedienstes eine eingeschränkte Alltagskompetenz vor? | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. | Leistungen nach § 37 SGB V | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. | Ist der Pflegebedürftige mit der Feststellung des Pflegezustandes einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter) | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

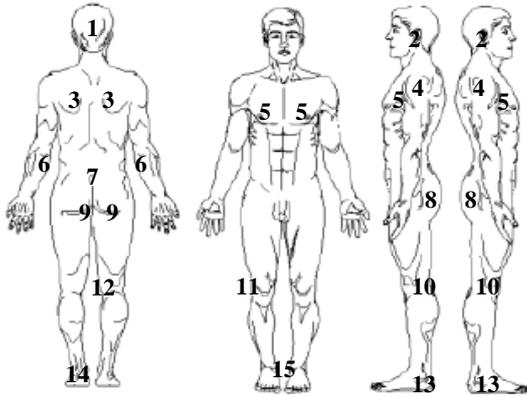
| M/Info | |
|------------------------------------------------------------------|--|
| 9.3 Anwesende Personen | |
| a. Gutachter | |
| b. Mitarbeiter Pflegedienst (Funktion / Qualifikation) | |
| c. Name des Mitarbeiters | |
| d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer) | |
| | |

10. Behandlungspflege

| | | | | | |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/T27/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 10.1 | Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 10.2 | Wird mit dem Absaugen von Versicherten sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 10.3 | Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/T21/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 10.4 | Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 10.5 | Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/T20/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 10.6 | Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/T22/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 10.7 | Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 10.8 | Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 10.9 | Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klysma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 10.10 | Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 10.11 | Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 10.12 | Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 10.13 | Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 10.14 | Wird mit der speziellen Krankenbeobachtung sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 10.15 | Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MT19/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 10.16 | Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 10.17 | Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/T23/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 10.18 | Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 10.19 | Wird mit i.v. Infusionen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/Info | | ja | nein | | |
| 10.20 | Hat der Pflegebedürftige chronische Schmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/> | | | | | |
| M/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 10.21 | Erhält der Pflegebedürftige bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/T25/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 10.22 | Wird die Katheterisierung der Harnblase entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10.26 Beschreibung vorliegender Wunden



Legende:

- 1 Hinterhaupt
- 2 Ohrmuschel
- 3 Schulterblatt
- 4 Schulter
- 5 Brustbein
- 6 Ellenbogen
- 7 Sakralbereich
- 8 großer Rollhügel
- 9 Gesäß
- 10 Knie außen
- 11 Kniescheibe
- 12 Knie innen
- 13 Knöchel außen
- 14 Ferse
- 15 Knöchel innen

| | | | | | | |
|------------|-----------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| Wunde 1 | Art | Dekubitus | Ulcer Cruoris | Diabetisches Fußsyndrom | sonstige chronische Wunde | sonstige nicht chronische Wunde |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. | Größe/Tiefe | _____ cm H x _____ cm B x _____ cm T | | | | |
| b. | Ort der Entstehung | Zu Hause <input type="checkbox"/> | extern <input type="checkbox"/> | nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/> | | |
| c. | Lokalisation | Bitte Nummer laut Legende eintragen: _____ | | | | |
| d. | Stadium | I | II | III | IV | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| e. | Umgebung | weiß | rosig | gerötet | feucht | trocken |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. | Rand | rosig | rot | weich | hart | schmerzhaft |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. | Exsudat | kein | wenig | viel | klar | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| h. | Zustand | fest | weich | rosa | rot | gelb |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. | Nekrose | keine | feucht | trocken | teilweise | vollständig |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. | Geruch | kein | übel riechend | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Wunde 2 | Art | Dekubitus | Ulcer Cruoris | Diabetisches Fußsyndrom | sonstige chronische Wunde | sonstige nicht chronische Wunde |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. | Größe/Tiefe | _____ cm H x _____ cm B x _____ cm T | | | | |
| b. | Ort der Entstehung | Stationäre Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> | extern <input type="checkbox"/> | nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/> | | |
| c. | Lokalisation | Bitte Nummer laut Legende eintragen: _____ | | | | |
| d. | Stadium | I | II | III | IV | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| e. | Umgebung | weiß | rosig | gerötet | feucht | trocken |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. | Rand | rosig | rot | weich | hart | schmerzhaft |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. | Exsudat | kein | wenig | viel | klar | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| h. | Zustand | fest | weich | rosa | rot | gelb |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. | Nekrose | keine | feucht | trocken | teilweise | vollständig |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. | Geruch | kein | übel riechend | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

| M/Info | |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10.27 | Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente) |
| a. | Wunde 1 |
| | |
| b. | Wunde 2 |
| | |
| c. | Wunde 3 |

t.n.z.

| | | | | | |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 10.28 | Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/T18/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 10.29 | Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 10.30 | Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe Lage, Tiefe)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 10.31 | Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/T24/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 10.32 | Wird mit Kompressionsstrümpfen/-verbänden sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. Mobilität

| M/Info | | |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 11.1 Pflegebedürftigen angetroffen | | |
| a. | <input type="checkbox"/> liegend | <input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> stehend |
| b. | <input type="checkbox"/> Tages- kleidung | <input type="checkbox"/> Nacht- wäsche |

| M/Info | | ja | nein |
|----------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| 11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung | | |
| a. | Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten | (inklusive Paresen, Kontrakturen) | |
| b. | Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten | | |
| c. | Lageveränderung im Bett | | |
| d. | Aufstehen | | |
| e. | Sitzen | | |
| f. | Stehen | | |
| g. | Gehen | | |

| M/T14/B | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 11.3 Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt? | | | |

ja nein t.n.z. E.

| M/Info | | ja | nein |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 11.4 Liegt ein Sturzrisiko vor? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/> | | | |

| M/B | | | |
|----------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 11.5 Wurde bei vorliegendem Sturzrisiko eine Beratung durchgeführt? | | | |

ja nein t.n.z. E.

| M/Info | | | ja | nein |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Punkte ____ | nach: Norton <input type="checkbox"/> Braden <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> | Von: Gutachter erhoben <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/> | | |

| | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 11.7 | Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten (z.B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/T11/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 11.8 | Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/T12/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 11.9 | Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/Info | | ja | nein | | |
| 11.10 | Liegt ein Kontrakturrisiko vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/> | | | | | |
| M/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 11.11 | Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen bei Kontrakturgefahr über Risiken und erforderlichen Maßnahmen beraten (z.B. Lagerungs- und Bewegungsplan, aktive und passive Bewegungsübungen, Einsatz geeigneter Hilfsmittel)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/T13/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 11.12 | Werden die individuellen Risiken hinsichtlich der Kontrakturen bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen berücksichtigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

| M/Info | |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung | |
| a. Aktuelles Gewicht | kg |
| b. Aktuelle Größe | cm |
| c. BMI (kg/m ²) | |
| d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten | <input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden |
| e. Flüssigkeitsversorgung | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten <input type="checkbox"/> kein Speichelsee unter Zunge |

| M/Info | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|------|-------------|---------|------------|------|
| 12.2 Der Pflegebedürftige ist versorgt mit: | | | | | | | | | |
| | Beschreibung | | | | | | | | |
| a. <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde | <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>Nahrung</td> <td>kcal/24 h</td> <td>Fluss-rate</td> <td>ml/h</td> </tr> <tr> <td>Flüssigkeit</td> <td>ml/24 h</td> <td>Fluss-rate</td> <td>ml/h</td> </tr> </table> | Nahrung | kcal/24 h | Fluss-rate | ml/h | Flüssigkeit | ml/24 h | Fluss-rate | ml/h |
| | Nahrung | kcal/24 h | Fluss-rate | ml/h | | | | | |
| | Flüssigkeit | ml/24 h | Fluss-rate | ml/h | | | | | |
| (Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| b. <input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion | | | | | | | | | |
| c. <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion | | | | | | | | | |
| d. <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln | | | | | | | | | |
| e. <input type="checkbox"/> Sonstigem | | | | | | | | | |

t.n.z.

| M/Info | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? | |
| Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/> | |

ja nein

| M/Info | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? | |
| Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/> | |

ja nein

| M/B | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 12.5 Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und erforderliche Maßnahmen zur Flüssigkeitsversorgung beraten (z.B. Angaben zur Trinkmenge, Einsatz geeigneter Hilfsmittel, Berücksichtigungen individueller Besonderheiten, Vorlieben, Abneigungen)? | |

ja nein t.n.z. E.

| | | | | | |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/T5/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 12.6 | Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Flüssigkeitsdefiziten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/T4/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 12.7 | Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/T3/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 12.8 | Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 12.9 | Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und erforderliche Maßnahmen zur Ernährung beraten (z.B. Angaben zur Nahrungsmenge, individuelle Gewichtskontrollen, Einsatz geeigneter Hilfsmittel, Berücksichtigung individueller Besonderheiten, Vorlieben, Abneigungen, Diäten, Unverträglichkeiten)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/T8/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 12.10 | Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Ernährungsdefiziten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/T7/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 12.11 | Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/T6/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 12.12 | Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/T2/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 12.13 | Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13. Ausscheidung

| M/Info | |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 13.1 Der Pflegebedürftige ist versorgt mit: | |
| | Beschreibung |
| a. <input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter | (Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband) |
| b. <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter | |
| c. <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten | <input type="checkbox"/> Offen <input type="checkbox"/> geschlossen |
| d. <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln | |
| e. <input type="checkbox"/> Sonstigem | |

t.n.z.

| M/Info | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 13.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz? | |
| Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/> | |

ja nein

| M/B | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 13.3 Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, personeller Hilfebedarf z.B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion)? | |

ja nein t.n.z. E.

| M/T9/B | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 13.4 Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? | |

ja nein t.n.z. E.

| M/T10/B | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 13.5 Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt? | |

ja nein t.n.z. E.

14. Umgang mit Demenz

| M/Info | | ja | nein | | |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|
| 14.1 Orientierung und Kommunikation | | | | | |
| a. | sinnvolles Gespräch möglich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| b. | nonverbale Kommunikation möglich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| c. | Orientierung in allen Qualitäten vorhanden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| M/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.2 | Werden Pflegebedürftige/Pflegerpersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T15/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.3 | Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T16/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.4 | Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15. Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

| M/Info | |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten | |
| | Beschreibung |
| a. <input type="checkbox"/> normal | (Beschreibung nicht erforderlich) |
| b. <input type="checkbox"/> Besonderheiten | (Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel) |

| M/Info | |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 15.2 Mundzustand/Zähne | |
| | Beschreibung |
| a. <input type="checkbox"/> normal | (Beschreibung nicht erforderlich) |
| b. <input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken | |
| c. <input type="checkbox"/> borkige Beläge | |
| d. <input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte | |
| e. <input type="checkbox"/> Lippen trocken | |
| f. <input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte | |
| g. <input type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt | |
| h. <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

| M/T1/B | ja | nein | t.n.z. | E. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15.3 Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T28/B | ja | nein | t.n.z. | E. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15.4 Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | ja | nein | E. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15.6 | Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/T17/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
| 15.7 | Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen die notwendigen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Sonstiges | | | | |

Erhebungsbogen zur Zufriedenheit des Leistungsbeziehers

17. Zufriedenheit des Leistungsbeziehers

Die Fragen zur Zufriedenheit sind vom Leistungsbezieher zu beantworten.

| M/Info | | | | |
|----------------------|--|---------|--|-----------------------|
| 17.1 Auftragsnummer: | | | | |
| Datum | | Uhrzeit | | Nummer Erhebungsbogen |

| M/Info | | | | | ja | nein |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----|------|
| 17.2 Angaben zum Pflegebedürftigen | | | | | | |
| a. Name | | | | | | |
| b. Pflegekasse | | | | | | |
| c. Geburtsdatum | | | | | | |
| d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst | | | | | | |
| f. Pflegestufe | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> I | <input type="checkbox"/> II | <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Härtefall | <input type="checkbox"/> nicht pflegebedürftig (SGB XI) | <input type="checkbox"/> noch nicht eingestuft | | |
| g. Liegt nach Angaben des Pflegedienstes eine eingeschränkte Alltagskompetenz vor? | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | |
| h. Ist der Pflegebedürftige mit der Befragung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter) | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | |

| M/T39/B | ja | nein | k.A. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17.3 Wurden Sie durch den Pflegedienst vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie voraussichtlich selbst übernehmen müssen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T38/B | ja | nein | k.A. |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17.4 Wurde mit Ihnen ein schriftlicher Pflegevertrag abgeschlossen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T40/B | immer | häufig | geleg. | nie | k.A. |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17.5 Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt? | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/T42/B | | ja | nein | k.A. | | | |
| 17.6 | Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| M/T43/B | | immer | häufig | geleg. | nie | t.n.z | k.A. |
| 17.7 | War der Pflegedienst bei Bedarf für Sie erreichbar und einsatzbereit? | <input type="checkbox"/> |
| M/T45/B | | ja | nein | k.A. | | | |
| 17.8 | Geben die Mitarbeiter Ihnen Tipps und Hinweise (Informationen) zur Pflege? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| M/T48/B | | immer | häufig | geleg. | nie | k.A. | |
| 17.9 | Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich? | <input type="checkbox"/> | |
| M/T44/B | | immer | Häufig | geleg. | nie | t.n.z | k.A. |
| 17.10 | Werden Sie von den Mitarbeitern des Pflegedienstes unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen? | <input type="checkbox"/> |
| M/T41/B | | immer | häufig | geleg. | nie | t.n.z | k.A. |
| 17.11 | Fragen die Mitarbeiter des Pflegedienstes Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten? | <input type="checkbox"/> |
| M/T47/B | | immer | häufig | geleg. | nie | t.n.z | k.A. |
| 17.12 | Respektieren die Mitarbeiter des Pflegedienstes Ihre Privatsphäre? | <input type="checkbox"/> |
| M/T49/B | | immer | häufig | geleg. | nie | t.n.z | k.A. |
| 17.13 | Sind Sie mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes zufrieden? | <input type="checkbox"/> |
| M/T46/B | | immer | häufig | geleg. | nie | t.n.z | k.A. |
| 17.14 | Hat sich nach einer Beschwerde etwas zum Positiven geändert? | <input type="checkbox"/> |