

**PLAISIR**  
 PLANification Informatisée des Soins Infirmiers Requis  
 Formulaire de Relevé des Actions Nursing (FRAN)  
**EROS**  
 Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé

**A. IDENTIFIKATION**

Bundesland \_\_\_\_\_

Einrichtung \_\_\_\_\_

Wohn-/Pflegebereich \_\_\_\_\_

Bewohnernr. \_\_\_\_\_

Beobachtungsdatum    Beob. für \_\_\_\_\_ Tage/7  
 JA MO TA

Evaluierer/in \_\_\_\_\_

Geburtsdatum:     
 JA MO TA

Geschlecht:  1. Weibl.  2. Männl.

Aufnahmedatum:     
 JA MO TA

**B. REHABILITATIONSTHERAPIE (erhaltene Leistungen)**

Geben Sie für jede erhaltene Therapie die Anzahl der Minuten und die Anzahl der Tage pro Woche an.

	Anzahl der Minuten/Woche	Anzahl der Tage/Woche
Physio		
Ergo		
Logo		

**C. ERHALTENE PFLEGERISCHE REHABILITATIONSMABNAHMEN**

1.  nein 2.  ja

Wenn ja, so vermerken Sie die Anzahl der Tage/Woche

- 1. Training: Essen und Trinken
- 2. Training: Ausscheiden können
- 3. Training: Sich pflegen/sich kleiden können
- 4. Training: Sich bewegen können (auch im Bett)
- 5. Training: Transfers

**C.1 Psychiatrische Rehabilitation**

1.  nein 2.  ja

**D. ERHALTENE SPEZIELLE BEHANDLUNGEN**

1.  nein 2.  ja

Geben Sie an, ob die Behandlung innerhalb (INT.) der Einrichtung oder außerhalb (andere Einrichtung) (EXT.) durchgeführt wird.

- |                                | 1. INT.                     | 2. EXT.                     |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Chemotherapie               | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
| 2. Strahlentherapie            | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
| 3. Inhalationstherapie         | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
| 4. Dialyse                     | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
| 5. Transfusion                 | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
| 6. Parenterale Ernährung       | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
| 7. Ulcus cruris                |                             | <input type="checkbox"/>    |
| 8. Druckgeschwür (1., 2. Grad) |                             | <input type="checkbox"/>    |
| 9. Druckgeschwür (3., 4. Grad) |                             | <input type="checkbox"/>    |
| 10. Fußpflege                  | PP <input type="checkbox"/> | FP <input type="checkbox"/> |

**E. ARZTVISITEN**

Üblicherweise, erhaltene Anzahl von  
 Arztvisiten \_\_\_\_\_/Monat

**F. DIAGNOSEN /PROBLEME**

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 3039 Alkoholabhängigkeit              | 2819 Mangelanämie   |
| 7979 Altersschwäche o.A. e. Psychose  | 4129 Myokardinfarkt, alter  |
| 3310 Alzheimer Syndrom                | 3409 Multiple Sklerose  |
| 4139 Angina Pectoris                  | 5869 Nierenversagen   |
| 3000 Angstneurose                     | 7159 Osteoarthrose  |
| 7843 Aphasie                          | 7330 Osteoporose  |
| 4409 Arteriosklerose                  | 7310 Paget Knochenkrankheit   |
| 7169 Arthropathien                    | 3320 Parkinson Syndrom  |
| 4939 Asthma                           | 4869 Pneumonie  |
| 3690 Blindheit, beide Augen           | 7140 Primär-chronische Polyarthrit (PCP)  |
| 4148 Chron. ischämische Herzkrankheit | 2989 Psychose   |
| 5859 Chronisches Nierenversagen       | 2911 Alkohol. Korsakow-Syndrom (Korsakow-Psychose)  |
| 4969 Chron. Verschluss d. Atemwege    | 2966 Psychose, manisch-depressive   |
| 5629 Darmdivertikel                   | 2959 Schizophrenie  |
| 3119 Depressive Zustandsbilder        | 2953 Schizophrenie, paranoide Form  |
| 2500 Diabetes mellitus                | 3199 Schwachsinn  |
| 3459 Epilepsie                        | 2900 Senile Demenz, einfache  |
| 2780 Fettsucht (Adipositas)           | 4389 Spätfolgen v. Hirngefäßkrankheiten   |
| 3659 Glaukom                          | 9053 Spätfolge v. Oberschenkelhalsfraktur   |
| 7801 Halluzinationen                  | 3109 Spezif. nichtpsychotische psychische Störungen nach Hirnschädigungen (organisches Psychosyndrom) |
| 3429 Hemiplegie                       | 3899 Taubheit   |
| 4289 Herzinsuffizienz                 | 4273 Vorhofflimmern   |
| 4019 Hypertonie, essentielle          | 4370 Zerebrale Arteriosklerose  |
| 2449 Hypothyreose                     | 3319 Zerebrale Degeneration   |
| 5990 Infektion der Harnwege           | 4359 Zerebrale ischämische Attacken   |
| 3609 Katarakt                         | 5533 Zwerchfellbruch  |

**Sonstige Diagnosen:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### G. SICH BEWEGEN KÖNNEN

1. **Volle** Bewegungsfähigkeit (weiter bei I)
2. **Gelegentlich eingeschränkte** Bewegungsfähigk.
3. **Geschädigte** Bewegungsfähigkeit (Langsamkeit)
4. **Reduzierte** Bewegungsfähigkeit
5. **Auf die Nachbarschaft** beschränkte Bew.fähigk
6. **Auf die Einrichtung** beschränkte Bew.fähigk.
7. **Auf das Stockwerk** des Zimmers beschränkte Bewegungsfähigkeit
8. **Auf das Zimmer** beschränkte Bew.fähigkeit
9. **Völlige Beschränkung** der Bew.f.k.(Bett,Sessel)

### H. FAKTOREN, DIE DIE VERRINGERUNG ODER DEN VERLUST DER BEWEGUNGS FÄHIGKEIT BEDINGEN

#### Dem Bewohner zugeordnet

1. Erblindung
2. Adipositas
3. Gleichgewichtsstörungen
4. Schwäche, Gebrechlichkeit
5. Psychische Probleme
6. Psychiatrische Probleme
7. Koronar- oder Herzinsuffizienz
8. Respiratorische Probleme
9. Konvaleszenz
10. Amputation
11. Schwäche der Skelettmuskulatur
12. Sterbephase
13. Sonstige: \_\_\_\_\_

#### Der Einrichtung zugeordnet

14. Vorschriften
15. Architektonisch-bauliche Barrieren
16. Sonstige: \_\_\_\_\_

### I. VERRINGERUNG ODER VERLUST DER FUNKTIONSFÄHIGKEIT EINER ODER MEHRERER EXTREMITÄTEN

Ja - Tabelle vervollständigen       Nein - weiter bei I.1

Typ	Einschränkung			Unbeweglichkeit			Amputation		
	L	R	L u. R	L	R	L u. R	L	R	L u. R
Lokalisierung									
Hand (Hände)	01	02	03	01	02	03	01	02	03
Arm(e)	04	05	06	04	05	06	04	05	06
Hüfte(n)	07	08	09	07	08	09	07	08	09
Bein(e)	10	11	12	10	11	12	10	11	12
Fuß (Füße)	13	14	15	13	14	15	13	14	15
Körperseite	16	17		16	17				
Halsregion	18			18					
Wirbelsäule	19			19					
Allgemein	20			20					

I.1 Sturzrisiko      1. nein       2. ja       I.2 Falls amputiert       1. mit Pflege (Verband)       2. ohne Pflege

### J. TECHNISCHE KOMPENSATION(EN)

1. Keine
2. Gehstock
3. Gehwagen
4. vierfüßiger, dreifüßiger Stock
5. Handleiste(n), Möbel
6. Orthese
7. Prothese
8. Rollstuhl (selbständig)
9. Rollstuhl (mit Hilfe)
10. Rollstuhl (motorisiert)
11. Spezialstuhl
12. Lifter
13. Sonstige: \_\_\_\_\_

### K. UNABHÄNGIGKEIT IN DEN ATL

1. Unabhängigkeit
2. Unabhängigkeit mit **technischen Hilfsmitteln**
3. Unabhängigkeit durch **Anpassung/Veränderung** der Umgebung
4. **Situationsbedingte** Abhängigkeit von anderen
5. Abhängigkeit von anderen in **langen Intervallen** ( ≤ 1 mal/24 Stunden)
6. Abhängigkeit von anderen, **öfters als einmal/24 Stunden**, aber zu **vorhersehbaren Zeiten**
7. Abhängigkeit von anderen in **kurzen, unvorhersehbaren Intervallen - ständige (fast ständige) Verfügbarkeit**
8. Abhängigkeit von anderen für die **meisten Bedürfnisse**
9. Abhängigkeit von anderen für **alle Bedürfnisse**

### L. SICH BESCHÄFTIGEN

1. **Angemessene** Beschäftigung
2. **Zeitweise nicht** beschäftigt
3. **Begrenzte** Beschäftigung (Umfang der Aktivitäten)
4. **Angepaßte** Beschäftigung
5. **Reduzierte** Beschäftigung (zeitliche Begrenzung)
6. **Eingeschränkte** Beschäftigung (Beschäftigungsart)
7. **Sehr eingeschränkte** Beschäftigung (bezüglich Zeit und Art)
8. **Keine** Beschäftigung
9. **Unangemessene** Beschäftigung

### M. FREIHEITSBESCHRÄNKENDE/-ENTZIEHENDE MASSNAHMEN

Nein: weiter bei N       Ja: geben Sie an

	S	M	O
1. Bettgitter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tischplatte am Spezialstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tischplatte am Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sicherheitsjacke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Fixierung(en) am Handgelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fixierung(en) am Knöchel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bauchgurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Überhose zur Fixierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Feuerfeste Schürze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Psychopharmaka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Halbe Tür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Isolierzimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Geschlossene Station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### N. KONTAKTE ZUR AUßENWELT

Anzahl der Kontakte pro Jahr (Telefonate, Besuche, Briefe)

\_\_\_\_\_ /Jahr

### O. SOZIALE BEZIEHUNGEN UND BEREICHE SICHERN UND GESTALTEN KÖNNEN

1. Sozial integriert
2. **Geheimte** Beteiligung (Verlegenheit, Scheu)
3. **Begrenzte** Beteiligung (Art der sozialen Aktivitäten)
4. **Eingeschränkte** soziale Beziehungen (nur primäre und sekundäre Kontakte)
5. **Verarmte** soziale Beziehungen (sekundäre Kontakte sind schwierig)
6. **Reduzierte** soziale Beziehungen (nur primäre Kontakte)
7. **Gestörte** soziale Beziehungen (primäre Kontakte sind schwierig)
8. **Keine** sozialen Beziehungen (kein Kontakt - kontakunfähig)
9. Sozial **isoliert** (kein Kontakt - von der Außenwelt isoliert)

### P. PSYCHISCHE UND SENSORISCHE FUNKTIONEN

	Adäquat	Schädigungsgrad		Schwer/Null
		Leicht	Mäßig	
Kurzzeitgedächtnis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langzeitgedächtnis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denken (Inhalt, Geschwindigkeit) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahrnehmungsfähigkeit und Aufmerksamkeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewußtsein und Wachzustand .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierung - Zeit / Raum / Person .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entscheidungen treffen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antrieb .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wille und Motivation .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emotionen, Affekte, Stimmungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhalten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprache .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehvermögen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehör .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich verständlich machen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere verstehen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Q. PSYCHISCHE PROBLEME

Kreuzen Sie die korrigierten (K) oder nicht korrigierten (NK) Probleme an:

	K	NK		K	NK
1. Physische Aggressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Äußerungen v. Leid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Verbale Aggressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Rückzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Stört die anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Selbstmordgedanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Denkt oft an den Tod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Umherirren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Frühes Erwachen und schlecht gelaunt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Anhaltende Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Hypersomnie (7 Stunden oder weniger/ Tag wach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Traurigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

### R. ORIENTIERUNG (Interaktionen mit der Umgebung)

1. **Voll** orientiert
2. **Voll kompensierte** Störung(en) der Orientierung
3. **Intermittierende** Störungen der Orientierung
4. **Teilweise kompensierte** Störungen der Orientierung
5. **Mäßige** Störungen der Orientierung
6. **Schwere** Störungen der Orientierung
7. **Orientierungsverlust**
8. **Desorientierung**
9. **Koma**

## RESPIRATION

KENNZIFFER	ERFORDERLICHE PFLEGEAKTIONEN	PFLEGE- MODUS	TAG(E)	ZEIT																							
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
0010	LUFTBEFEUCHTER	1 3	M D M D F S S																								
		1 3	M D M D F S S																								
		1 3	M D M D F S S																								
0020	ATEMÜBUNGEN SPIROMETER <i>Kreisen Sie ein</i> W - Ständige Anwesenheit 1. Nein 2. Ja	1	M D M D F S S																								
		1	M D M D F S S																								
		1	M D M D F S S																								
		1	M D M D F S S																								
0030	ÜBUNGEN ZUM ABHUSTEN <i>Kreisen Sie ein</i> W - Ständige Anwesenheit 1. Nein 2. Ja	1	M D M D F S S																								
		1	M D M D F S S																								
		1	M D M D F S S																								
		1	M D M D F S S																								
0040	PHYSIOTHERAP. ATEMÜB. ABKLOPFEN			00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
		3	M D M D F S S																								
0050	DRAINAGELAGERUNG	3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
0060	VIBRO-MASSAGE	3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
0070	AEROSOLTHERAPIE <i>Kreisen Sie ein</i> W - Ständige Anwesenheit 1. Nein 2. Ja	1	M D M D F S S																								
		1	M D M D F S S																								
		1	M D M D F S S																								

## RESPIRATION

KENNZIFFER	ERFORDERLICHE PFLEGEAKTIONEN	PFLEGE- MODUS	TAG(E)	ZEIT																								
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
0080	<b>ABSAUGEN VON SEKRET</b>																											
	- ÜBER DEN MUND	1 3	M D M D F S S																									
0090	- ÜBER DIE NASE	1 3	M D M D F S S																									
		1 3	M D M D F S S																									
0100	- INTRATRACHEAL	1 3	M D M D F S S																									
		1 3	M D M D F S S																									
0110	<b>SAUERSTOFF</b> O <sub>2</sub> über Nasensonde, Kunststoff- maske, Brille, Gesichtszelt																											
	. Beginn d. Behandlung	B 1 3	M D M D F S S																									
0110	. Ende d. Behandlung	E 1 3	M D M D F S S																									
$\frac{1}{X}$	$\frac{1}{Z}$																											
$\frac{2}{Z}$																												
0120	<b>PFLEGE E. TRACHEOTOMIE</b>			00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
	- PFLEGE (Haut, Kanüle, Verband, Kanülenbändchen)	1 2 3	M D M D F S S																									
		1 2 3	M D M D F S S																									
		1 2 3	M D M D F S S																									
0130	- INSTILLATION	3	M D M D F S S																									
		3	M D M D F S S																									
		3	M D M D F S S																									
0140	- MANSCHETTE: blocken und entblocken	3	M D M D F S S																									
		3	M D M D F S S																									
		3	M D M D F S S																									
SONSTIGES: _____																												

## ESSEN UND TRINKEN KÖNNEN

KENNZIFFER	ERFORDERLICHE PFLEGEAKTIONEN	PFLEGE- MODUS	TAG(E)	ZEIT																							
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	<b>MAHLZEITEN</b>																										
	<b>W - Ständige individuelle Anwesenheit</b> 1. Nein 2. Ja																										
1040	<u>W</u> FRÜHSTÜCK	1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
1050	<u>W</u> MITTAGESSEN	1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
1060	<u>W</u> ABENDESSEN	1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
1070	<u>W</u> ZWISCHENMAHLZEIT	1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
1080	FLÜSSIGKEITZUFUHR	1 3	M D M D F S S																								
		1 3	M D M D F S S																								
1090	MENÜVORD. VERVOLLST.	1 3	M D M D F S S																								
1100	KONTINUIERLICHE ENTERALE ERNÄHRUNG X = 1 mit Pumpe X = 2 ohne Pumpe			00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	<u>X</u> $\frac{1}{Z}$ Beginn	B	3	M	D	M	D	F	S	S																	
	<u>X</u> $\frac{2}{Z}$ Ende	E	3	M	D	M	D	F	S	S																	
1110	<u>W</u> INTERMITTIERENDE ENTERALE ERNÄHRUNG (tropfenweise oder mit Spritze) W - Ständige Anwesenheit 1. Nein 2. Ja		3	M	D	M	D	F	S	S																	
	SONSTIGES : _____																										

## AUSSCHIEDEN KÖNNEN

KENNZIFFER	ERFORDERLICHE PFLEGEAKTIONEN	PFLEGE- MODUS	TAG(E)	ZEIT																							
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
2030	<b>AUSSCHIEDUNG ÜBER NATÜRLICHE WEGE</b> Z = Anzahl d. Pflegepersonen  URINFLASCHE	1 2 3	M D M D F S S	H=	○							H=	○							H=	○						
			M D M D F S S		○								○								○						
			M D M D F S S		○								○								○						
2040	STECKBECKEN	1 2 3	M D M D F S S	H=	○							H=	○							H=	○						
			M D M D F S S		○								○								○						
			M D M D F S S		○								○								○						
2050	TOILETTE ODER NACHTSTUHL  <i>Kreisen Sie ein</i> W - Ständige Anwesenheit 1. Nein 2. Ja	1 2 3	M D M D F S S	H=	○							H=	○							H=	○						
			M D M D F S S		○								○								○						
			M D M D F S S		○								○								○						
2060	PFLEGE BEI URININKONTINENZ (Vorlage, Einlage)	1 2 3	M D M D F S S	H=	○							H=	○							H=	○						
			M D M D F S S		○								○								○						
			M D M D F S S		○								○								○						
2070	PFLEGE BEI STUHLINKONTINENZ	1 3	M D M D F S S	H=	○							H=	○							H=	○						
			M D M D F S S		○								○								○						
			M D M D F S S		○								○								○						
2090	URINALKONDOM ANLEGEN	1 3	M D M D F S S																								
			M D M D F S S																								
			M D M D F S S																								
2100	EINMALKATHETERISIERUNG OD. DAUERKATHETER LEGEN	1 2 3	M D M D F S S																								
			M D M D F S S																								

## AUSSCHIEDEN KÖNNEN

KENNZIFFER	ERFORDERLICHE PFLEGEAKTIONEN	PFLEGE- MODUS	TAG(E)	ZEIT																							
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
2110	PFLEGE BEI DAUER- KATHETER	1 3	M D M D F S S																								
		1 3	M D M D F S S																								
2120	DRAINAGE DES URINAUFFANGBEUTELS	1 3	M D M D F S S																								
		1 3	M D M D F S S																								
2130	BLASENSPÜLUNG	1 3	M D M D F S S																								
		1 3	M D M D F S S																								
2140	KONTINUIERLICHE BLASENSPÜLUNG																										
$\frac{1}{Z}$	Beginn	B 1 3	M D M D F S S																								
$\frac{2}{Z}$	Ende	E 1 3	M D M D F S S																								
2150	BLASENINSTILLATION	3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
2160	DARMROHR EINFÜHREN	1 3	M D M D F S S	H=	○							H=	○								H=	○					
		1 3	M D M D F S S		○								○										○				
2170	REKTALE AUSTRÄUMUNG	3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
2180	DARMSPÜLUNG Y = 1 : 0 bis 500 ml Y = 2 : 501 ml und mehr	1 3	M D M D F S S																								
		1 3	M D M D F S S																								
2190	REKTALE UNTERSUCHUNG	3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
2200	ANALE STIMULATION	3	M D M D F S S																								



## AUSSCHEIDEN KÖNNEN

KENNZIFFER	ERFORDERLICHE PFLEGEAKTIONEN	PFLEGE- MODUS	TAG(E)	ZEIT																							
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
2205	<b>DARMMASSAGE</b>	3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
2210	<b>STOMAPFLEGE</b>																										
Nr. 1	VOLLST. ERSETZEN DES VERSORGUNGSSYSTEMS <i>Kreisen Sie ein:</i> X: Stomatyp 1. Ileum-Conduit 2. Zystostomie 3. Ileostomie 4. Kolostomie 5. Sonstiges: _____	1 2 3	M D M D F S S																								
Nr. 2		X	1 2 3	M D M D F S S																							
		X	1 2 3	M D M D F S S																							
			1 2 3	M D M D F S S																							
			1 2 3	M D M D F S S																							
Nr. 1	<b>BEUTELREINIGUNG ODER EINMALBEUTEL ERSETZEN</b> <i>Kreisen Sie ein:</i> X: Stomatyp 1. Ileum-Conduit 2. Zystostomie 3. Ileostomie 4. Kolostomie 5. Sonstiges: _____	1 2 3	M D M D F S S																								
Nr. 2		X	1 2 3	M D M D F S S																							
		X	1 2 3	M D M D F S S																							
			1 2 3	M D M D F S S																							
			1 2 3	M D M D F S S																							
2230	<b>SPÜLUNG EINER KOLOSTOMIE</b> W - Ständige Anwesenheit bis zum vollständigen Rück- fluß der Spülflüssigkeit 1. Nein 2. Ja																										
W		1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
	SONSTIGES: _____																										
	_____																										
	_____																										

## SICH PFLEGEN/SICH KLEIDEN KÖNNEN

KENNZIFFER	ERFORDERLICHE PFLEGEAKTIONEN	PFLEGE- MODUS	TAG(E)	ZEIT																							
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	<b>KÖRPERPFLEGE</b>																										
	<b>X: Ort</b> 1. Waschbecken 2. Bett 3. Badewanne - Dusche																										
	<b>W - Ständige Anwesenheit</b> 1. Nein 2. Ja																										
3030	<b>TEILWASCHUNG</b>  $\overline{X} \quad \overline{W}$	1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
3040	<b>GANZWASCHUNG</b>  $\overline{X} \quad \overline{W}$	1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
3050	<b>INTIMPFLEGE</b> (nicht im Zusammenhang mit Inkontinenz)  $\overline{X} \quad \overline{W}$	1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
					00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
3090	<b>HAARPFLLEGE</b>  <b>HAARE WASCHEN/SPÜLEN</b> <b>W - Ständige Anwesenheit</b> 1. Nein 2. Ja  $\overline{W}$	1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
3100	<b>HAARE WASCHEN/ SCHNEIDEN/LEGEN</b>	1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
3110	<b>HAARE WASCHEN UND KRUSTEN ENTFERNEN</b>	3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
	<b>SCHÖNHEITSPFLEGE</b>																										
3130	<b>MANIKÜRE/PEDIKÜRE</b>	1 2 3	M D M D F S S																								
3140	<b>BARTRASUR</b> <b>W - Ständige Anwesenheit</b> 1. Nein 2. Ja  $\overline{W}$	1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								

## SICH PFLEGEN/SICH KLEIDEN KÖNNEN

KENNZIFFER	ERFORDERLICHE PFLEGEAKTIONEN	PFLEGE-MODUS	TAG(E)	ZEIT																							
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
3150	SCHMUCK/SCHMINKEN	1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
3152	ABSCHMINKEN	1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
3160	MUNDPFLEGE WATTETRÄGER	1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
3170	ZAHNPFLEGE W - Ständige Anwesenheit 1. Nein 2. Ja	1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
	KLEIDUNG (vollständige Kleidung)																										
	Bewohner: X: 1. ohne Funktionsstörung 2. mit Funktionsstörung																										
	W - Ständige Anwesenheit 1. Nein 2. Ja																										
3180	ANKLEIDEN	1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
3190	AUSKLEIDEN	1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
	SONSTIGES: _____																										
	_____																										
	_____																										

## SICH BEWEGEN KÖNNEN

KENNZIFFER	ERFORDERLICHE PFLEGEAKTIONEN	PFLEGE- MODUS	TAG(E)	ZEIT																							
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
4010	<b>AUFSTEHEN ODER HINLEGEN</b> <b>X: Compensation/Amputation</b> 1. Nein 2. Ja  <b>Z: Anzahl d. Pflegepersonen</b>  <b>AUFSTEHEN MIT HILFE</b> Geben Sie an: X: _____ Z: Anz. d. Pflegepersonen _____																										
		1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
4015	Geben Sie an: X: _____ Z: Anz. d. Pflegepersonen _____  <b>HINLEGEN MIT HILFE</b> Geben Sie an: X: _____ Z: Anz. d. Pflegepersonen _____	1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
4020	<b>AUFSTEHEN MIT DEM LIFTER</b> Z: Anz. d. Pflegepersonen _____	3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
4025	<b>HINLEGEN MIT DEM LIFTER</b> Z: Anz. d. Pflegepersonen _____	3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
4030	<b>GEHEN MIT HILFE</b> X = Compensation/Amputation 1. Nein 2. Ja Geben Sie an: X: _____ Z: Anz. d. Pflegepersonen _____	1 2	M D M D F S S																								
		1 2	M D M D F S S																								
		1 2	M D M D F S S																								
4040	<b>ROLLSTUHL ODER SPEZIALSTUHL SCHIEBEN</b>	3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								

## SICH BEWEGEN KÖNNEN

KENNZIFFER	ERFORDERLICHE PFLEGEAKTIONEN	PFLEGE- MODUS	TAG(E)	ZEIT																							
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
4050	<b>EINREIBEN UND LAGERN</b> Z: Anz. d. Pflegepersonen _____	1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
4060	<b>BEWEGUNGSÜBUNGEN</b> PASSIVE UND/ODER AKTIVE ÜBUNGEN W - Ständige Anwesenheit 1. Nein 2. Ja	1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
4070	<b>STRUKTURIERTE PASSIVE                      UND/ODER AKTIVE                      ÜBUNGEN</b> X: Rehabilitation über: 1. kurze Zeit 2. lange Zeit W - Ständige Anwesenheit 1. Nein 2. Ja	1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
4080	<b>FREIHEITSBESCHRÄN-                      KENDE/ENTZIEHENDE                      MITTEL</b> X: Verhalten des Bewohners Kreisen Sie ein: 1. ruhig 2. unruhig	1 3	M D M D F S S																								
		1 3	M D M D F S S																								
		1 3	M D M D F S S																								
	SONSTIGES: _____																										
	_____																										
	_____																										

# KOMMUNIKATION

KENNZIFFER	ERFORDERLICHE PFLERGEAKTIONEN	TAG(E)	ZEIT																							
			00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
5010	INDIVIDUELLE UNTERSTÜTZENDE KOMMUNIKATION	M D M D F S S	%																							
		M D M D F S S																								
		M D M D F S S																								
5020 X Y Z	INDIVIDUELLE UNTERSTÜTZENDE KOMMUNIKATION (kognitive Defizite)	M D M D F S S	%																							
		M D M D F S S																								
		M D M D F S S																								
	X . Kognitive Defizite 1. Leichte 2. Mäßig-leichte 3. Mäßig-schwere	Y . Kooperation, Mitarbeit 1. Gut 2. Widersetzt sich manchen Aktivitäten 3. Widersetzt sich immer 4. Keine Teilnahme, kein Widerstand																								
	Z . Stimulation, Verhandlung 1. Nicht erforderlich 2. Leicht 3. Durchschnittlich	4. Kontinuierlich 5. Unmöglich																								
5030 X Y Z	INDIVIDUELLE UNTERSTÜTZENDE KOMMUNIKATION (psychiatrische Probleme)	M D M D F S S																								
		M D M D F S S	%																							
		M D M D F S S																								
	X . Psychiatrische Probleme 1. Leichte 2. Mäßige 3. Schwere	Y . Kooperation, Mitarbeit																								
	Z . Stimulation, Verhandlung																									
5040	INFORMATIONSSAMMLUNG PARTIELLE SAMMLUNG	TAG(E)																								
		M D M D F S S																								
5050	VOLLSTÄNDIGE SAMMLUNG	M D M D F S S																								
5065	PARTIELLE INTENSIVE NACHFORSCHUNG	M D M D F S S																								
		M D M D F S S																								
5070	VOLLST. INT. NACHFORSCHUNG	M D M D F S S																								

## KOMMUNIKATION

KENNZIFFER	ERFORDERLICHE PFLEGEAKTIONEN	TAG(E)	ZEIT																								
			00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
5071	FUNKTIONELLE BILANZ	M D M D F S S																									
5072	TÄGLICHE BILANZ	M D M D F S S																									
5073	TESTE ( <i>Geben Sie an</i> ): _____	M D M D F S S																									
<b>THERAP. PROGRAMM ZUR PSYCHO-SOZIALEN REHABILITATION</b>																											
5074	GESTALTUNG DES PROGRAMMES	M D M D F S S																									
5075	EVALUATION DES PROGRAMMES	M D M D F S S																									
		M D M D F S S																									
5076	VERWALTUNG DES PROGRAMMES	M D M D F S S																									
5077	ÄRZTLICHE BESPRECHUNG	M D M D F S S																									
<b>KLINISCHE VORSTELLUNG</b>																											
5078	VORBER. D. BIO-PSYCHO-SOZ. BILANZ	M D M D F S S																									
5079	VORST. IM PFLEGEVERSORGUNGSNETZ	M D M D F S S																									
5080	SCHULUNG (Bewohner oder Angehörige) <i>Geben Sie an:</i>		ANZ. PERSONAL (PFLEGEPERSONAL)				DAUER (MINUTEN)				ANZ. TEILNEHMER				ANFANGSZEIT												
		a) _____	M D M D F S S																								
	b) _____	M D M D F S S																									
5090	<b>HELFENDE BEZIEHUNG</b>		KREUZEN SIE DIE ARBEITSSCHICHT(EN) AN, IN DER DIE HELFENDE BEZIEHUNG STATTFINDET																								
	$\bar{X}$ X = 1 Minimale    X = 3 Intensive	M D M D F S S	✓																								
	$\bar{X}$ X = 2 Mäßige    X = 4 Kritische	M D M D F S S																									
	$\bar{X}$	M D M D F S S																									
Problem: _____																											
Ziel: _____																											
Interventionen: _____																											

# KOMMUNIKATION

KENNZIFFER	ERFORDERLICHE PFLERGEAKTIONEN	TAG(E)	ZEIT																							
			00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
5120	<b>HELFENDE BEZIEHUNG MIT DEN ANGEHÖRIGEN</b>		KREUZEN SIE DIE ARBEITSSCHICHT(EN) AN, IN DER DIE HELFENDE BEZIEHUNG STATTFINDET																							
	$\bar{X}$ $\bar{Z}$ X = 1 Minimale    X = 3 Intensive X = 2 Mäßige      X = 4 Kritische	M D M D F S S	✓		✓		✓																			
	M D M D F S S																									
	$\bar{X}$ $\bar{Z}$ Z = 1 telefonisch Z = 2 in der Institution	M D M D F S S																								
Problem: _____																										
Ziel: _____																										
Interventionen: _____																										
<b>INDIVIDUELLE AKTIVITÄTEN ODER GRUPPENAKTIVITÄTEN</b>			ANZ. PERSONAL (PFLEGEPERSONAL)	DAUER (MINUTEN)	ANZ. TEILNEHMER	ANFANGSZEIT																				
5130	UNTERHALTENDE, <i>Geben Sie an (Aktivität):</i>		M D M D F S S																							
	M D M D F S S																									
	M D M D F S S																									
5140	THERAPEUTISCHE <i>Geben Sie an (Aktivität, Problem, Ziel):</i>		M D M D F S S																							
	M D M D F S S																									
	M D M D F S S																									
5150	SOZIAL-THERAPEUTISCHER AUSGANG <i>Geben Sie an (Aktivität, Problem, Ziel):</i>		M D M D F S S																							
	M D M D F S S																									
	SONSTIGES: _____																									



## MEDIKAMENTE

MEDIKAMENTE RICHTEN UND VERABREICHEN		PFLEGE- MODUS	TAG(E)	ZEIT																											
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23				
6010 Selbstmedikation richten — X = Anz. d. zu richtenden Medikamente X X =			M D M D F S S																												
			M D M D F S S																												
NAME, DOSIERUNG, MENGE	6020	6030	6040	6050	6060	PFLEGE- MODUS	TAG(E)	ZEIT																							
	PO	MS	REC	VAG	TRP			00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
						1 2 3	M D M D F S S																								
						1 2 3	M D M D F S S																								
						1 2 3	M D M D F S S																								
						1 2 3	M D M D F S S																								
						1 2 3	M D M D F S S																								
						1 2 3	M D M D F S S																								
						1 2 3	M D M D F S S																								
						1 2 3	M D M D F S S																								
						1 2 3	M D M D F S S																								
						1 2 3	M D M D F S S																								
						1 2 3	M D M D F S S																								
						1 2 3	M D M D F S S																								
						1 2 3	M D M D F S S																								
						1 2 3	M D M D F S S																								
								00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

## MEDIKAMENTE

KENNZIFFER	RICHTEN/VERABREICHEN V. MEDIKAMENTEN	PFLEGE- MODUS	TAG(E)	ZEIT																							
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
6070	<b>MEDIKAMENTE</b>																										
	IM (INTRAMUSKULÄR)	1 3	M D M D F S S																								
	Geben Sie an: _____	1 3	M D M D F S S																								
6080	SC (SUBCUTAN)	1 3	M D M D F S S																								
	Geben Sie an: _____	1 3	M D M D F S S																								
6090	IC (INTRACUTAN)	1 3	M D M D F S S																								
	Geben Sie an: _____	1 3	M D M D F S S																								
	<b>MEDIKAMENTE I.V.</b>			00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
6100	IN E. INFUSIONSLÖSUNG	3	M D M D F S S																								
	Geben Sie an: _____	3	M D M D F S S																								
6110	IN E. TROPFKAMMER																										
	Geben Sie an: _____	3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
6120	ÜBER D. INFUSIONSBESTECK	3	M D M D F S S																								
	Y = Menge																										
	Nr. 1 <u>Y</u> Y = 1 1 bis 2 ml	3	M D M D F S S																								
Nr. 2 <u>Y</u>	Y = 2 2.1 bis 9 ml																										
	Y = 3 9.1 ml und mehr	3	M D M D F S S																								
	Geben Sie an: _____	3	M D M D F S S																								
	SONSTIGES: _____																										

# INTRAVENÖSE THERAPIE

KENNZIFFER	ERFORDERLICHE PFLEGEAKTIONEN	PFLEGE- MODUS	TAG(E)	ZEIT																								
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
7010	<b>INTRAVENÖSE THERAPIE</b>  INFUSION LEGEN <i>Geben Sie an:</i> V.Z. Nr.1: _____  Z: Anz. d. Pflegeper.: _____																											
		3	M D M D F S S																									
		3	M D M D F S S																									
		3	M D M D F S S																									
7020	<b>ÜBERPRÜFUNG</b>  <i>Geben Sie an:</i>  <b>Infusion # 1:</b>																											
1 X	Beginn der Infusion  Ende der Infusion  Beginn der Infusion  Ende der Infusion	B	3 M D M D F S S																									
		E	3 M D M D F S S																									
		B	3 M D M D F S S																									
		E	3 M D M D F S S																									
7030	<b>INFUSIONSLÖSUNG WECHSELN</b>			00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
		3	M D M D F S S																									
		3	M D M D F S S																									
		3	M D M D F S S																									
7040	<b>INFUSIONSBESTECK WECHSELN</b>																											
		3	M D M D F S S																									
		3	M D M D F S S																									

## INTRAVENÖSE THERAPIE

KENNZIFFER	ERFORDERLICHE PFLEGEAKTIONEN	PFLEGE- MODUS	TAG(E)	ZEIT																							
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
7020	ÜBERPRÜFUNG <i>Geben Sie an:</i> Infusion # 2: (Kurzinfusion)																										
	$\frac{2}{X}$ $\frac{1}{Z}$ Beginn der Infusion	B	3 M D M D F S S																								
	$\frac{2}{X}$ $\frac{2}{Z}$ Ende der Infusion	E	3 M D M D F S S																								
	$\frac{2}{X}$ $\frac{2}{Z}$ Beginn der Infusion	B	3 M D M D F S S																								
7030	$\frac{2}{X}$ $\frac{2}{Z}$ Ende der Infusion	E	3 M D M D F S S																								
	$\frac{2}{X}$ INFUSIONSLÖSUNG WECHSELN	3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
7040	$\frac{2}{X}$ INFUSIONSBESTECK WECHSELN	3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
	<b>BLUT UND BLUTPRÄPARATE</b>																										
7050	ERSTE TRANSFUSION UND WECHSELN DER TRANSFUSION	3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
7060	ÜBERPRÜFUNG <i>Geben Sie an:</i>																										
	$\frac{1}{Z}$ $\frac{2}{Z}$ Beginn der Transfusion	B	3 M D M D F S S																								
		E	3 M D M D F S S																								
	$\frac{1}{Z}$ $\frac{2}{Z}$ Ende der Transfusion	E	3 M D M D F S S																								
$\frac{1}{Z}$ $\frac{2}{Z}$ Beginn der Transfusion	B	3 M D M D F S S																									
	E	3 M D M D F S S																									

## BEHANDLUNGEN

KENNZIFFER	ERFORDERLICHE PFLEGEAKTIONEN	PFLEGE- MODUS	TAG(E)	ZEIT																							
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
8020	<b>PERITONEALDIALYSE: KONTINUIERL. AMBULANTE</b>	1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
8060	<b>MAGENSONDE LEGEN</b>	1 3	M D M D F S S																								
		1 3	M D M D F S S																								
8070	<b>FREIE DRAINAGE</b> Drain Nr. 1: _____ Drain Nr. 2: _____	3	M D M D F S S	H=	○							H=	○							H=	○						
		3	M D M D F S S		○								○								○						
		3	M D M D F S S		○								○								○						
8080	<b>HEBER-DRAINAGE</b> Drain: _____	3	M D M D F S S	H=	○							H=	○							H=	○						
		3	M D M D F S S		○								○								○						
8090	<b>SAUGDRAINAGE</b> Drain: _____	3	M D M D F S S	H=	○							H=	○							H=	○						
		3	M D M D F S S		○								○								○						
8100	<b>ÖFFNEN/SCHLIEßEN</b> Drain: _____	3	M D M D F S S	H=	○							H=	○							H=	○						
		3	M D M D F S S		○								○								○						
	<b>SPÜLUNG</b>			00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
8120	<b>VAGINA</b>	1 3	M D M D F S S																								
		1 3	M D M D F S S																								
8130	<b>VULVA</b>	3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
8140	<b>OHR</b> Z=1: 1 Ohr      Z=2: 2 Ohren	1 3	M D M D F S S																								
		1 3	M D M D F S S																								
8150	<b>MAGEN</b>	3	M D M D F S S	H=	○							H=	○							H=	○						
		3	M D M D F S S		○								○								○						

## BEHANDLUNGEN

KENNZIFFER	ERFORDERLICHE PFLEGEAKTIONEN	PFLEGE- MODUS	TAG(E)	ZEIT																							
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
8180	W ARM-, HAND-, FUBBAD W - Ständige Anwesenheit 1. Nein 2. Ja	1 2 3	M D M D F S S																								
			M D M D F S S																								
8190	W SITZBAD W - Ständige Anwesenheit 1. Nein 2. Ja	1 2 3	M D M D F S S																								
			M D M D F S S																								
8200	Z EISBEUTEL ODER WÄRMFLASCHE  Z = Anz. d. Beutel Z = _____	1 3	M D M D F S S																								
			M D M D F S S																								
8260	Z EINSETZEN, EINSTELLEN	1 3	M D M D F S S	H=																							
			M D M D F S S																								
8265	Z ENTFERNEN	1 3	M D M D F S S	H=																							
			M D M D F S S																								
	AUGENSCHALE ODER AUGENPROTHESE  Kreisen Sie ein: Z=1: 1 Auge Z=2: 2 Augen			00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
8270	Z ANLEGEN/EINSETZEN	1 3	M D M D F S S																								
			M D M D F S S																								
8275	Z ENTFERNEN	1 3	M D M D F S S																								
			M D M D F S S																								

## BEHANDLUNGEN

KENNZIFFER	ERFORDERLICHE PFLEGEAKTIONEN	PFLEGE- MODUS	TAG(E)	ZEIT																							
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
8280	KOMPRESSIONSSTRÜMPFE <i>Kreisen Sie ein:</i> Z=1:1 Strumpf Z=2:2 Strümpfe																										
	$\overline{Z}$ ANZIEHEN	1 3	M D M D F S S																								
8285	$\overline{Z}$ AUSZIEHEN	1 3	M D M D F S S																								
		1 3	M D M D F S S																								
8290	BANDAGE ANLEGEN	1 3	M D M D F S S																								
		1 3	M D M D F S S																								
8295	ENTFERNEN <i>Geben Sie an:</i> _____	1 3	M D M D F S S																								
		1 3	M D M D F S S																								
8300	ORTHOPÄDISCHE PROTHESE ODER ORTHESE			00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	ANLEGEN	1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
8305	ENTFERNEN <i>Geben Sie an:</i> _____	1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
8310	KORSETT FÜR HWS ODER BWS/LWS BEREICH ANLEGEN	3	M D M D F S S																								
	8315 ENTFERNEN	3	M D M D F S S																								

## BEHANDLUNGEN

KENNZIFFER	ERFORDERLICHE PFLERGEAKTIONEN	PFLERGE-MODUS	TAG(E)	ZEIT																							
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	ROLLSTUHLZUSÄTZE																										
8320	MONTIEREN	3	M D M D F S S																								
8325	DEMONTIEREN	3	M D M D F S S																								
	WUNDBEHANDLUNG																										
8390	FÄDEN ODER KLAMMERN - ENTFERNEN	3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
8400	MECHE ODER VERBAND - ENTFERNEN	3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
8410	WUNDDRAIN EINLEGEN	3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
8420	WUNDSPÜLUNG	3	M D M D F S S																								
	Geben Sie an: Nr. 1: _____ Nr. 2: _____	3	M D M D F S S																								
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
8430	WUNDE AN DER LUFT REINIGEN UND DESINFIZIEREN	1 3	M D M D F S S																								
	Geben Sie an: Nr. 1: _____ Nr. 2: _____ Nr. 3: _____	1 3	M D M D F S S																								
		1 3	M D M D F S S																								
		1 3	M D M D F S S																								
8440	VULVA ODER SKROTUM DESINFIZIEREN	3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
8450	THERAPEUTISCHE LAMPE	3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								



## BEHANDLUNGEN

KENNZIFFER	ERFORDERLICHE PFLEGEAKTIONEN	PFLEGE- MODUS	TAG(E)	ZEIT																							
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
8480	<b>VERBAND</b>																										
	TROCKEN ODER FEUCHT NICHT ASEPTISCH	1 3	M D M D F S S																								
	<i>Geben Sie an:</i>	1 3	M D M D F S S																								
	Nr. 1: _____	1 3	M D M D F S S																								
	Nr. 2: _____	1 3	M D M D F S S																								
	Nr. 3: _____	1 3	M D M D F S S																								
	Nr. 4: _____	1 3	M D M D F S S																								
8490	<b>ASEPTISCH</b>	3	M D M D F S S																								
	<i>Geben Sie an:</i>	3	M D M D F S S																								
	Nr. 1: _____	3	M D M D F S S																								
	Nr. 2: _____	3	M D M D F S S																								
	Nr. 3: _____	3	M D M D F S S																								
	Nr. 4: _____	3	M D M D F S S																								
					00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
8500	<b>ASEPTISCH - VERSTÄRKEN</b>	3	M D M D F S S																								
	<i>Geben Sie an:</i>	3	M D M D F S S																								
	Nr. 1: _____	3	M D M D F S S																								
	Nr. 2: _____	3	M D M D F S S																								
8510	<b>WUNDE MIT WUNDSEKRET</b>	3	M D M D F S S																								
	Z = Anz. de Drains: _____	3	M D M D F S S																								
	Z <i>Geben Sie an:</i>	3	M D M D F S S																								
	Z Nr. 1: _____	3	M D M D F S S																								
	Z Nr. 2: _____	3	M D M D F S S																								

## BEHANDLUNGEN

KENNZIFFER	ERFORDERLICHE PFLEGEAKTIONEN	PFLEGE- MODUS	TAG(E)	ZEIT																							
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
8520	<b>VERBAND ZUR HAUTREGENERATION</b> X: Wundgröße 1. ≤ 1.5 cm      2. > 1.5 cm																										
	MIT BENOXYL Geben Sie an: Nr. 1: _____	3	M D M D F S S																								
	X Nr. 2: _____	3	M D M D F S S																								
8530	MIT DEBRISAN Geben Sie an: Nr. 1: _____	3	M D M D F S S																								
	X Nr. 2: _____	3	M D M D F S S																								
8540	MIT HAUTSCHUTZPLATTE Geben Sie an: Nr. 1: _____	3	M D M D F S S																								
	X Nr. 2: _____	3	M D M D F S S																								
8550	MIT FEUCHTER WATTE Geben Sie an: Nr. 1: _____	3	M D M D F S S																								
	X Nr. 2: _____	3	M D M D F S S																								
8560	MIT DUODERM KÜGELCHEN Geben Sie an: Nr. 1: _____	3	M D M D F S S																								
	X Nr. 2: _____	3	M D M D F S S																								
8570	<b>WUNDEXZISION MIT SCHERE UND PINZETTE</b> X: Wundgröße 1. ≤ 3 cm      2. > 3 cm Geben Sie an: Nr. 1: _____	3	M D M D F S S																								
	X	3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								

## BEHANDLUNGEN

KENNZIFFER	ERFORDERLICHE PFLEGEAKTIONEN	PFLEGE- MODUS	TAG(E)	ZEIT																								
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
8580	<b>SALBE AUFTRAGEN <u>OHNE</u> UMSCHLAG</b> Z: % Körperoberfläche Total: _____ Geben Sie an:																											
		Z	1 3	M D M D F S S																								
		Z	1 3	M D M D F S S																								
		Z	1 3	M D M D F S S																								
8590	<b>SALBE AUFTRAGEN <u>MIT</u> UMSCHLAG</b> Z: % Körperoberfläche Total: _____ Geben Sie an:																											
		Z	3	M D M D F S S																								
			3	M D M D F S S																								
			3	M D M D F S S																								
8630	<b>BEGRENZTE SCHUTZMAßNAHMEN</b> Geben Sie an (Pflege/Grund):																											
			3	M D M D F S S	H=	○							H=	○							H=	○						
			3	M D M D F S S		○								○								○						
			3	M D M D F S S		○								○								○						
8640	<b>ERWEITERTE SCHUTZMAßNAHMEN</b> Z = 1 Beginn Z = 2 Ende Geben Sie an (Grund):	B	3	M D M D F S S																								
		E	3	M D M D F S S																								
	<b>SONSTIGES (Beispiele):</b> Hauttransplantat Abnehmbare Extension Verbandstechnik: Geben Sie an:																											

## DIAGNOSTISCHE MAßNAHMEN

KENNZIFFER	ERFORDERLICHE PFLERGEAKTIONEN	PFLERGE-MODUS	TAG(E)	ZEIT																							
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
9010	<b>BEOBACHTUNG</b>																										
	BIO-PSYCHO-SOZIALE (in Abständen)	3	M D M D F S S	H=	○			H=	○			H=	○														
	Geben Sie an: _____	3	M D M D F S S	○			○			○																	
				ANZ. PERSONAL (PFLERGEPERSONAL)				DAUER (MINUTEN)				ANZ. TEILNEHMER				ANFANGSZEIT											
9020	BIO-PSYCHO-SOZIALE (ständige)																										
	Geben Sie an: _____	3	M D M D F S S	□				□				□				□											
	_____	3	M D M D F S S	□				□				□				□											
<b>VITALZEICHEN</b>				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
A) TEMPERATUR																											
9030	- oral	1	3	M D M D F S S																							
		1	3	M D M D F S S																							
		1	3	M D M D F S S																							
9040	- rektal	1	3	M D M D F S S																							
		1	3	M D M D F S S																							
		1	3	M D M D F S S																							
9050	- axillar	1	3	M D M D F S S																							
		1	3	M D M D F S S																							
		1	3	M D M D F S S																							
9060	B) ATMUNG	3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								

## DIAGNOSTISCHE MAßNAHMEN

KENNZIFFER	ERFORDERLICHE PFLEGEAKTIONEN	PFLEGE- MODUS	TAG(E)	ZEIT																							
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
9070	C) PULS	1 3	M D M D F S S																								
		1 3	M D M D F S S																								
		1 3	M D M D F S S																								
9080	D) BLUTDRUCK X: Anz. der Extremitäten pro Position: _____ Z: Wieviel Positionen: _____ Geben Sie an: _____	3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
9090	NEUROLOGISCHE ZEICHEN	3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
9100	DURCHBLUTUNGSZEICHEN	3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
	DOSIEREN: EINFUHR			00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
9210	PER OS	1 3	M D M D F S S																								
		1 3	M D M D F S S																								
9220	ÜBER SONDE: Z: Anz. der Sonden: _____ Geben Sie an: Nr. 1: _____ Nr. 2: _____																										
		3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
9230	I.V. Z: Anz. der I.V.: _____	3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								

## DIAGNOSTISCHE MAßNAHMEN

KENNZIFFER	ERFORDERLICHE PFLERGEAKTIONEN	PFLERGE-MODUS	TAG(E)	ZEIT																							
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
9240	<b>DOSIEREN: AUSFUHR</b>																										
	ÜBER NATÜRLICHEM WEG	1 3	M D M D F S S																								
9250	ÜBER SOND. ODER FLASCH. Z: Anz. d. Sonden, Drains oder Flaschen: _____ Geben Sie an: _____	1 3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
9260	<b>WIEGEN/MESSEN</b>																										
	WIEGEN	2 3	M D M D F S S																								
9270	Z: Anz. d. Pflegeper.: _____  MESSEN	2 3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
9280	<b>24 STUNDEN SAMMELN</b>																										
	SPUTUM																										
9290	$\frac{1}{Z}$ Beginn der Sammlung $\frac{2}{Z}$ Ende der Sammlung	B 1 3	M D M D F S S																								
		E 1 3	M D M D F S S																								
9290	$\frac{1}{Z}$ Beginn der Sammlung $\frac{2}{X}$ Ende der Sammlung X: 1. ohne Katheter X: 2. mit Katheter	B 1 3	M D M D F S S																								
		E 1 3	M D M D F S S																								
9300	<b>URIN FILTRIEREN</b>	3	M D M D F S S	H=																							
		3	M D M D F S S																								

## DIAGNOSTISCHE MAßNAHMEN

KENNZIFFER	ERFORDERLICHE PFLEGEAKTIONEN	PFLEGE- MODUS	TAG(E)	ZEIT																							
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
9310	ENTNAHME, EINFACHE UNTERSUCHUNG																										
	SEKRET (HNO, WUNDE, TRACHEA)	3	M D M D F S S																								
		3	M D M D F S S																								
9320	STUHL	1 3	M D M D F S S																								
		1 3	M D M D F S S																								
		1 3	M D M D F S S																								
9350	URIN (ANALYSE)	1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
9360	URIN (KULTUR)	1 2 3	M D M D F S S																								
	X: 1. ohne Katheter X: 2. mit Katheter	1 2 3	M D M D F S S																								
		1 2 3	M D M D F S S																								
9380	BLUT Geben Sie an:																										
	_____	3	M D M D F S S																								
	_____	3	M D M D F S S																								
	_____	3	M D M D F S S																								

## DIAGNOSTISCHE MAßNAHMEN

KENNZIFFER	ERFORDERLICHE PFLEGEAKTIONEN	PFLEGE-MODUS	TAG(E)	ZEIT																							
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
9390	EINF. TEST AUF STATION																										
	KLINITEST-ACETEST	1 3	M D M D F S S																								
	SONSTIGE: _____	1 3	M D M D F S S																								
9400	HÄMO-GLUCOTEST	1 3	M D M D F S S																								
		1 3	M D M D F S S																								
9430	W <b>ASSISTIEREN BEI EINER UNTERSUCHUNG</b> W - Ständige Anwesenheit <i>Kreisen Sie ein:</i> 1. Nein 2. Ja																										
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
		· körperliche Untersuchung	2 3	M D M D F S S																							
		· Röntgen	2 3	M D M D F S S																							
		Sonstige: _____	2 3	M D M D F S S																							
9440	W <b>ASSISTIEREN BEI EINER ÄRZTLICHEN MAßNAHME</b> W - Ständige Anwesenheit <i>Kreisen Sie ein:</i> 1. Nein 2. Ja																										
		· Lumbalpunktion	2	M D M D F S S																							
		· Venae Sectio	2	M D M D F S S																							
		· Wundnaht	2	M D M D F S S																							
		Sonstige: _____	2	M D M D F S S																							
SONSTIGES: _____																											
_____																											
_____																											