

**Bitte ankreuzen für welche unserer Einrichtungen die Anmeldung gedacht ist!**

 <b>Quellenhof</b> <small>...ein Zuhause für Senioren</small>	 <b>Malscher Hof</b> <small>...ein Zuhause für Senioren</small>	 <b>Kronauer Hof</b> <small>...ein Zuhause für Senioren</small>
<b>Quellenhof Seniorenpflege</b> GmbH&Co.KG Östringer Str. 40, 76669 Bad Schönborn Tel.: 07253 / 95 41 55 Fax: 07253 / 95 41 57	<b>Malscher Hof Seniorenpflege GmbH</b> Söhler Str. 2, 69254 Malsch Tel.: 07253 / 98 92 87 8 Fax: 07253 / 98 92 87 9	<b>Kronauer Hof Seniorenpflege</b> GmbH Schubertstr. 2-4, 76709 Kronau Tel.: 07253/ 97 58 03 0 Fax: 07253 / 97 58 03 1

**Sehr geehrte Kundinnen und Kunden, liebe Angehörige und Betreuer,**

um Ihnen unnötige Arbeit, Gedanken und Wege zu ersparen, möchten wir Ihnen vorab eine Hilfe in Form einer Checkliste anbieten, welche aufzeigt, was **vor** Einzug in unseren Einrichtungen zu beachten und zu regeln ist.

Bei Fragen und Unklarheiten scheuen Sie sich bitte nicht, auf uns zuzukommen. Gerne stehen wir Ihnen mit Rat und Tat zur Verfügung!

**Unsere Ansprechpartner für Sie:**

QUELLENHOF	MALSCHER HOF	KRONAUER HOF
Herr Bletscher, Frau Heilig, Herr Schermesser, Frau Mächtel, Frau Zoicher-Eisfeld	Frau Bletscher, Frau Händel, Frau Derfurt, Frau Griebel, Frau Müller	Frau Beyerle, Frau und Herr Bletscher

**Welche Schritte sind unbedingt zu erledigen?**

Was?	Wo?	<input checked="" type="checkbox"/>
Nachweis über den Wohnsitz (Kurzzeitpflege) oder Wohnsitzmeldung innerhalb von 8 Tagen (Dauerpflege)	Rathaus	<input type="checkbox"/>
Beglaubigter Auszug aus dem Ehe- oder Lebenspartnerschaftsregister der letzten Ehe, ggf. Nachweis über die Auflösung	Standesamt	<input type="checkbox"/>
Beglaubigter Auszug aus dem Geburtsregister mit Hinweisteil	Standesamt	<input type="checkbox"/>
Antrag bei der Pflegekasse stellen für Kurz- oder vollstationäre Pflege	Krankenkasse Abteilung Pflegekasse	<input type="checkbox"/>
Sorgfältiges Ausfüllen der mitgegebenen Unterlagen	Zuhause oder in der Einrichtung	<input type="checkbox"/>
Vorsorgevollmacht, Betreuung, Patientenverfügung (ggf. anregen)	Zuhause, Vormundschaftsgericht	<input type="checkbox"/>
Entscheidung über Hausarztversorgung	evtl. mit bisherigem Hausarzt klären, ob er die Versorgung weiter übernimmt	<input type="checkbox"/>
Kennzeichnung der Kleider (s. Beschreibung Firma Blache)	in der Einrichtung	<input type="checkbox"/>
Wer Sozialhilfe benötigt muss diese vor Einzug beantragen. <i>Ebenso muss das Sozialamt den Heimeinzug (schriftlich) bestätigt/ bzw. akzeptiert haben.</i>	Sozialamt	<input type="checkbox"/>

Bitte ankreuzen für welche unserer Einrichtungen die Anmeldung gedacht ist!



## ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

1. Vor- und Nachname:

2. Bisheriger Adresse:

3. Geburtsname:

4. Geburtsort:

5. Geb. Datum:

6. Konfession:

7. Staatsangehörigkeit:

8. Familienstand:

9. Ort der Eheschließung:

10. Krankenkasse/Pflegekasse:

Beihilfe berechtigt:  ja  nein

11. Pflegegrad:  kein Pflegegrad  1  2  3  4  5 / beantragt am:

12. Betreuer(in) / Bevollmächtigte(r):

Adresse:

Tel.:

13. Rechnungsempfänger(in):

Adresse:

Tel.:

14. Verwandte / Angehörige:

• Name, Adresse:

Tel.:

• Name, Adresse:

Tel.:

• Name, Adresse:

Tel.:

15. Bisheriger Hausarzt:

Adresse:

Tel.:

16. Aufnahmetag:

Einzelzimmer

Doppelzimmer

17. Anwesenheit Tages- Nachtpflege:  Mo  Di  Mi  Do  Fr  Sa  So

18. Vereinbarung:

**Der Antragsteller haftet gesamtschuldnerisch für das Heimentgelt, soweit dieses nicht durch die Pflegekasse, das Sozialamt, Renten oder anderer Einkünfte des Heimbewohners abgedeckt ist. Der Finanzierungsnachweis bzgl. des Heimentgelts liegt der Anmeldung bei.- Der Inhalt des herausgegebenen Informationsmagazins i.s.d. § 3 WBVG, ist bekannt und Bestandteil des Vertrages.**

19. Kostenträger: Wird Sozialhilfe beantragt:

Ja

Nein

Wer Sozialhilfe benötigt muss diese vor Heimeinzug beantragen.

Ebenso muss das Sozialamt den Heimeinzug (schriftlich) bestätigt/ bzw. akzeptiert haben. Dieses Schreiben ist vorzulegen!

**Zuständiges Sozialamt:**

Ort und Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Aufzunehmende(r)

Bitte ankreuzen für welche unserer Einrichtungen die Anmeldung gedacht ist!

<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 
--	--	--

## BIOGRAFIEBOGEN

Vor- und Zuname:	Geburtsname:	Geb.datum:
Name Ehepartner(in):	Geb.datum:	Verstorben am:
Ort der Eheschließung:	Datum:	

Namen der Kinder:
Namen der Enkelkinder / Urenkelkinder:

Schöne Erlebnisse aus der Vergangenheit:

Traurige Erlebnisse aus der Vergangenheit:

Schulische Ausbildung / beruflicher Werdegang:

Freizeitaktivitäten / Hobbies / Lieblingsbeschäftigungen:

Vorlieben bei Speisen und Getränken:	(tägliche Trinkmenge: _____ ml)

Grund der Heimaufnahme:

Teilnahme an Aktivitäten der Einrichtung:

Bitte ankreuzen für welche unserer Einrichtungen die Anmeldung gedacht ist!



## ERHEBUNG VON MUND- UND ZAHNSTATUS

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Zahnarzt Besuch **sofort** erforderlich

Routineuntersuchung 2x jährlich im Haus



- Zahnkronen
- Zahnbrücken
- abgestorbene Zähne
- Zahnfleischentzündung
- Zahnschiefstand
- Zähneknirschen

Sonstiges / Bemerkungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teilprothesen ( oben  unten)

Vollprothesen

schlecht sitzende Prothesen:

\_\_\_\_\_

sichtbare Verletzungen:

\_\_\_\_\_

Mundschleimhautentzündung:

\_\_\_\_\_

Mundtrockenheit

Soor

andere Anzeichen einer Infektion:

\_\_\_\_\_

Mundgeruch

Art des Geruchs:

\_\_\_\_\_

Bitte ankreuzen für welche unserer Einrichtungen die Anmeldung gedacht ist!



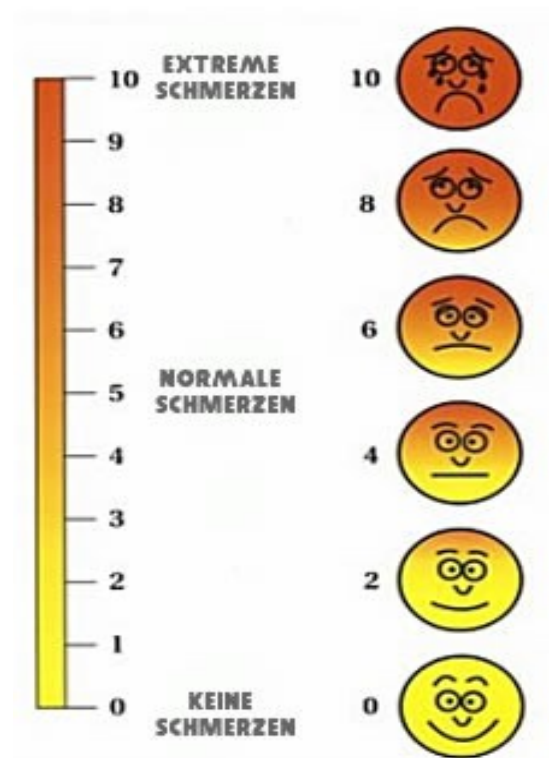
## SCHMERZERFASSUNG

Wo genau tut es weh? \_\_\_\_\_

Wann tut es weh?  beim Essen  morgens  im Laufe des Tages  abends  immer

Wie stark schätzen Sie den empfundenen Schmerz ein? Nutzen Sie hierzu bitte die unten aufgeführte visuelle Rating-Skala. Kreuzen Sie entsprechendes an.

- 10 unerträgliche Schmerzen
- 9 immense Schmerzen
- 8 sehr starke Schmerzen
- 7 starke Schmerzen
- 6 stärkere Schmerzen
- 5 etwas stärkere Schmerzen
- 4 mittlere Schmerzen
- 3 Schmerzen werden stärker
- 2 geringe Schmerzen
- 1 sehr geringe Schmerzen
- 0 keine Schmerzen



### Weitere Informationen:

Wie fühlt sich der Schmerz an?  stechend  brennend  dumpf bohrend  pochend

Welche anderen Bereiche schmerzen?  Mund  Kopf/ Gesicht  Oberkörper  Unterkörper

...und wo genau? \_\_\_\_\_

### Weitere Bemerkungen:

---

---

Bitte ankreuzen für welche unserer Einrichtungen die Anmeldung gedacht ist!

<input type="radio"/>	 ...ein Zuhause für Senioren	<input type="radio"/>	 ...ein Zuhause für Senioren	<input type="radio"/>	 ...ein Zuhause für Senioren
<b>Quellenhof Seniorenpflege</b> GmbH&Co.KG Östringer Str. 40, 76669 Bad Schönborn Tel.: 07253 / 95 41 55 Fax: 07253 / 95 41 57		<b>Malscher Hof Seniorenpflege</b> GmbH Söhler Str. 2, 69254 Malsch Tel.: 07253 / 98 92 87 8 Fax: 07253 / 98 92 87 9		<b>Kronauer Hof Seniorenpflege</b> GmbH Schubertstr. 2-4, 76709 Kronau Tel.: 07253/ 97 58 03 0 Fax: 07253 / 97 58 03 1	

## ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

Bitte in der Arztpraxis ausfüllen lassen - Danke!

Vorname: \_\_\_\_\_ Zuname: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

**Zur Heimaufnahme muss gemäß § 36 Infektionsschutzgesetz  
ein ärztliches Attest vorgelegt werden!**

Liegen Anhaltspunkte bezüglich einer ansteckenden Lungentuberkulose vor?  ja  nein  
Weitere ansteckende Erkrankungen?  Lungen TBC  HIV  Krätze  MRSA/ORSA  
 Hepatitis Typ: \_\_\_\_\_  Sonstiges

Bitte Arztstempel (siehe unten)!

**Impfstatus / Impfpass vorhanden:**

- Tetanus:  ja  nein
- Hepatitis B:  ja  nein
- Pneumokokken:  ja  nein
- Gripeschutz:  ja  nein
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Besonderheiten (Allergien, Unverträglichkeiten,  
Suchterkrankungen):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1. Ärztliche und pflegerische Diagnosen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Schmerzen:  akute Schmerzen  chronische Schmerzen  Wunden

Lokalisation: \_\_\_\_\_

3. Unfälle, Stürze oder operative Eingriffe in den letzten 2 Jahren:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Medizinische Versorgung und Therapien:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Medikamente: **Bitte eine Kopie der Medikamentenverordnung an die Einrichtung leiten.**

6. Sehvermögen *rechts:*  normal  einschränkt  fast blind  blind **Sehhilfe:**  
*links:*  normal  einschränkt  fast blind  blind  ja  nein
7. Hörvermögen *rechts:*  normal  einschränkt  fast taub  taub **Hörgerät:**  
*links:*  normal  einschränkt  fast taub  taub  ja  nein
8. Orientierung:  uneingeschränkt  
 desorientiert zu:  Person  Situation  
 Raum  Zeit

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel

Bitte ankreuzen für welche unserer Einrichtungen die Anmeldung gedacht ist!

<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
-----------------------	---	-----------------------	---	-----------------------	---

## Einwilligung zur Datenverarbeitung durch unsere Einrichtung

Sehr geehrte Damen und Herren,

die pflegerische Versorgung durch unsere Einrichtung kommt nicht ohne Ihre Daten aus. Wie Sie es bereits kennen, müssen wir auch in Zukunft über Ihre allgemeinen Daten hinaus, insbesondere auch mit denjenigen Daten arbeiten, die Ihre Gesundheit betreffen. Diese Datenverarbeitung ist erforderlich, um unseren vertraglichen und gesetzlichen Pflichten nachkommen zu können und nach dem Gesetz auch weiterhin erlaubt, soweit sie z.B. für „die Versorgung oder Behandlung im Gesundheits- oder Sozialbereich“ erforderlich ist. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Wir möchten Sie bitten, sich die folgende Einwilligungserklärung genau anzusehen und Ihre Zustimmung zu den dort näher beschriebenen Fällen zu erteilen. Weitere Informationen im Informationsmagazin.

**Bei Fragen können Sie sich jederzeit an uns wenden.**

Datenschutzbeauftragte: Fr. Tamara Händel; Tel.:07253 / 98 92 878; datenschutzbeauftragte@qhsp.de

## Datenschutzrechtliche Einwilligung und Schweigepflichterklärung

An Ihrer pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung sind regelmäßig auch z.B. Ärzte, Therapeuten und andere Einrichtungen beteiligt. Da unsere Mitarbeiter hinsichtlich Ihrer Daten grundsätzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, benötigen wir für eine ggf. erforderliche Übermittlung Ihrer Daten an diese Stellen Ihre Einwilligung (bitte das Zutreffende ankreuzen). In diesem Fall werden ausschließlich die für die weitere Durchführung der Pflege bzw. medizinisch-therapeutischen Behandlung erforderlichen personenbezogenen Daten einschließlich der Informationen über Ihre Gesundheit weitergegeben.

Ich willige ein, dass die Tagespflegeeinrichtung für den Fall...

- der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung
- Behandlung durch Angehörige nichtärztlicher Heilberufe (z.B. Heilpraktiker)
- einer Einweisung in ein Krankenhaus
- einer Aufnahme in eine Rehabilitationseinrichtung
- der Verordnung von Heilmitteln (u.a. Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie)
- der Ein- und Überweisung in eine andere Einrichtung des Gesundheitswesens (z.B. vollstationäre Einrichtung)
- versorgender Pflegedienst

...meine personenbezogenen Daten einschließlich der Information über meine Gesundheit an den jeweils von mir gewählten Leistungserbringer übermittelt, soweit dies zur weiteren Durchführung der Pflege bzw. medizinisch-therapeutischen Behandlung notwendig ist, und befreie die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Die nach den vorstehenden Ziffern erteilten Einwilligungen kann der Einrichtung ganz oder teilweise jederzeit mit Wirkung für die Zukunft mündlich oder schriftlich gegenüber der verantwortlichen Stelle widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Aufzunehmende(r)

Bitte ankreuzen für welche unserer Einrichtungen die Anmeldung gedacht ist!



## SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 54ZZZ00000423566

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_ (entspricht Kundennummer)

Ich ermächtige die oben gekennzeichnete Einrichtung, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Für die Vorabankündigungsfrist der Basis-Lastschriften gilt eine verkürzte Frist von 5 Kalendertagen.

<b>Vorname und Name des Kontoinhabers:</b>	
<b>Straße und Hausnummer:</b>	
<b>Postleitzahl und Ort:</b>	
<b>Kreditinstitut Name und BIC:</b>	
<b>IBAN:</b>	
<b>Datum, Ort und Unterschrift:</b>	

### Medikamenten Erstversorgung und Zuzahlungsbefreiungen

Vor Aufnahme, nach Krankenhausaufenthalten oder Abwesenheiten, haben Sie als Bevollmächtigter Angehöriger oder gesetzlich eingesetzter Betreuer die Pflicht, mindestens für 8 Tage Rezepte oder aber Medikamente für den Aufenthalt oder Rückkehr ins Pflegeheim zu besorgen.

Die Tagesgäste sind verantwortlich die benötigten Medikamente mitzubringen.

Für selbst besorgte Medikamente kann die Einrichtung und Apotheke keine Verantwortung übernehmen!

Befreiungen sind von Ihnen als bevollmächtigte(r) Angehörige(r) oder gesetzlich eingesetzte(r) Betreuer(in) an die jeweiligen Ärzte, Apotheke, Therapeuten, unsere Einrichtung und ggf. Sanitätshäuser zu übermitteln. Für den Fall des zu späten Einreichens, oder falsches Ausfüllen durch die Ärzte, übernimmt das Heim keine Haftung.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschriften: \_\_\_\_\_

### Einverständniserklärung für Fahrten mit dem firmeneigenen KFZ:

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass Frau/Herr \_\_\_\_\_ durch Mitarbeiter der Einrichtung mit dem firmeneigenen Fahrzeug gefahren und begleitet werden. Über die Kosten der Kilometerpauschale bin ich informiert.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschriften: \_\_\_\_\_

### Information zur Fotografisch geführten Wunddokumentation

Zur besseren Nachweisführung bei der Wundbehandlung und des Datenschutzes benötigen wir Ihr Einverständnis hierfür. Ich/Wir sind damit einverstanden, dass Frau/Herr \_\_\_\_\_, Wunden zur Nachweisführung und Verlauf, durch Mitarbeiter der Einrichtung und externe Experten fotografiert und übermittelt werden dürfen (z.B. an Sanitätshaus St. Georg).

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschriften: \_\_\_\_\_





Bitte ankreuzen für welche unserer Einrichtungen die Anmeldung gedacht ist!

<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
-----------------------	---	-----------------------	---	-----------------------	---

## Beratung und Aufklärung über geeignete Pflegemaßnahmen

**Bewohner, Tagespflegegast, Angehörige und Betreuung wurden informiert über:**

### **Expertenstandard Dekubitusprophylaxe**

Ein Dekubitus (Wundliegen), auch Druckgeschwür (bzw. Druckulkus) oder Dekubitalgeschwür (bzw. Dekubitalulkus) genannt, ist eine Schädigung der Haut und des darunterliegenden Gewebes aufgrund eines längere Zeit einwirkenden Drucks. Die Haut- und Gewebeveränderung ist mit bloßem Auge erkennbar.

Ein einmal entstandener Dekubitus (Wundliegen) nimmt meist einen langwierigen Verlauf: Die Abheilung eines Dekubitalgeschwürs dauert häufig Monate und durchläuft dabei mehrere Phasen. Daher ist die regelmäßige Inspektion der Wunde und eine eventuelle Anpassung der Wundbehandlung für den weiteren Heilungsverlauf von großer Bedeutung. Um den Erfolg der Dekubitus-Therapie zu sichern, ist es daher ratsam, dass Betroffene und Angehörige, Pflegepersonal und Ärzte in dieser Phase eng miteinander zusammenarbeiten.

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

### **Expertenstandard Sturzprophylaxe**

Unter Sturzprophylaxe versteht man die Maßnahmen zum Vorbeugen und Vermeiden von Stürzen. Mitarbeiter/Bezugspersonen in der Pflege sollen in der Lage sein, wirksam einzugreifen, um Stürze zu vermeiden und Sturzfolgen auf ein Minimum zu reduzieren. Mit zunehmendem Alter nimmt naturgemäß die Reaktionsfähigkeit des Menschen ab, es besteht ein erhöhtes Risiko, dass ein Kunde stürzt.

Körperliche und geistige Gebrechen behindern mitunter die Eigenaktivität des Kunden, und schon der Gang zum WC oder das Verlassen des Bettes wird zur Gefahr.

Neben den möglichen Verletzungen, die sich der Kunde zuziehen kann, kommt es oftmals auch zu einer zunehmenden Angst. Es werden so zusätzliche Verunsicherung und Hilflosigkeitsgefühle auslöst. Von daher gilt es, die Mobilität durch Bewegungsübungen, Gymnastik etc. solange wie möglich zu erhalten und zu fördern. Soviel Hilfe wie nötig, jedoch so wenig Hilfe wie möglich! Risikofaktoren müssen analysiert, äußere Risikofaktoren haben beseitigt bzw. reduziert zu werden.

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

### **Expertenstandard Chronische Wunden**

Lokalisation und Wundbefund sind im Wundverlaufsbericht anzugeben. Die Wundpflege und der Verbandswechsel erfolgt auf Anordnung des Arztes. Die Voraussetzung für eine normal verlaufende Wundheilung ist die fachgerechte Pflege einer Wunde und der damit zusammenhängende Verbandswechsel.

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

### **Expertenstandard orale Ernährung**

*(vor allem Gewichtsabnahme, Exsikkose, Flüssigkeitsverlust, Trinkmenge)*

Zielsetzung: Bei jedem Patienten/Bewohner mit pflegerischem Unterstützungsbedarf oder einem Risiko für oder Anzeichen von Mangelernährung ist die orale Nahrungsaufnahme entsprechend seinen Bedürfnissen und seinem Bedarf sichergestellt.

Begründung: Essen und Trinken beeinflussen die Lebensqualität, sind wichtige Bestandteile sozialer und kultureller Identität und dienen der Gesunderhaltung durch die Nährstoffaufnahme. Die Sicherstellung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung kann durch die frühzeitige Erfassung und Bewertung ernährungsrelevanter Gesundheitsprobleme, angemessene Unterstützung und Umgebungsgestaltung, spezifi-

sche Maßnahmen sowie ein geeignetes Nahrungsangebot eine Mangelernährung verhindern und bestehenden Defiziten entgegenwirken.

**Wichtig: wenn BMI unter 20 oder Gewichtsverlust/ -zunahme ab 5% in 1-3 Monaten, Arzt- und Bezugspersonen / Betreuer informieren!**

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

### **○ Expertenstandard Harnkontinenz**

„Unter Kontinenz versteht die Expertengruppe des Standards die Fähigkeit, willkürlich und zur passenden Zeit an einem geeigneten Ort die Blase zu entleeren. Kontinenz beinhaltet weiterhin die Fähigkeit, Bedürfnisse zu kommunizieren, um Hilfestellungen zu erhalten, wenn Einschränkungen beim selbstständigen Toilettengang bestehen.“

Harninkontinenz kann in allen Altersstufen mit steigendem Risiko im Alter auftreten. Statistisch betrachtet sind überwiegend Frauen und ältere Menschen beiderlei Geschlechts betroffen. Die Harninkontinenz kann verschiedene Ursachen haben, zum Beispiel fortgeschrittenes Alter mit einhergehender Muskelschwäche, neurologisch durch Reizleitungsstörungen oder durch fehlende Informationsverarbeitung im Gehirn. Es werden durch die Harninkontinenz oftmals zusätzliche Verunsicherungen und Hilflosigkeitsgefühle auslöst. Es kann sogar zunehmend zu Angstgefühlen kommen und der Kunde isoliert sich.

Von daher darf Inkontinenz nicht tabuisieren werden, um so dem Kunden die Möglichkeit zu geben, sich der Situation zu stellen, und zu lernen, damit umzugehen.

Risikofaktoren müssen analysiert und nach Möglichkeit beseitigt bzw. reduziert zu werden.

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

### **○ Expertenstandard Chronische Wunden**

Lokalisation und Wundbefund sind im Wundverlaufsbericht anzugeben. Die Wundpflege und der Verbandwechsel erfolgt auf Anordnung des Arztes. Die Voraussetzung für eine normal verlaufende Wundheilung ist die fachgerechte Pflege einer Wunde und der damit zusammenhängende Verbandwechsel.

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

### **○ Expertenstandard Schmerzmanagement**

„Schmerzen sind lebensnotwendige Alarmgeber zum Selbstschutz des Organismus“.

Obwohl Schmerz ein allgegenwärtiges Phänomen ist, entzieht er sich einfachen und eindeutigen Definitionen. Zunächst lässt er sich – rein physiologisch – als **Sinneswahrnehmung** beschreiben; als die Wahrnehmung, dass der Körper an irgendeiner Stelle Schaden nimmt oder zu nehmen droht. Ist diese Wahrnehmung gestört (z.B. durch Lähmungen), kann aus einer kleinen Hautverletzung eine bedrohliche Entzündung werden.

Schmerz ist aber nicht nur reine Sinneswahrnehmung. Hinzu treten emotionale und bewertende Elemente, die den Schmerz z.B. als bedrohlich oder quälend, als bedeutend oder nebensächlich einordnen und den Umgang mit ihm bestimmen.

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

### **○ Notwendigkeit der Mobilisation**

Der gesunde Mensch bewegt sich etwa alle 30 Sekunden. Mit zunehmendem Alter nimmt naturgemäß die Mobilität ab. Sie ist und bleibt jedoch ein Grundbedürfnis jedes Menschen. Eine Einschränkung in der Mobilität bedeutet oft Verlust von Selbstständigkeit und kann im Extremfall völlige Abhängigkeit bedeuten. Es ist daher Hauptziel die Selbstständigkeit zu unterstützen und zu fördern.

Mobilisation meint: „In Bewegung setzen und in Bewegung sein“ und beweglich machen, um an Aktivitäten des täglichen Lebens teilnehmen zu können und Lebensaktivitäten unabhängig auszuführen. Das Ziel jeder Mobilisation ist es, unseren Kunden vor Bettlägerigkeit und Immobilität zu bewahren und seine Beweglichkeit zu erhalten, zu verbessern und zu fördern, um eine größtmögliche Beweglichkeit aller Gelenke zu erreichen. Bei den Übungen ist auf ein gesundes Verhältnis zwischen An- und Entspannung mit kleinen Pausen zu achten. Die Schmerzgrenze darf auf keinen Fall überschritten werden. Der Kunde soll, wenn er dies kann, instru-

iert werden, die Übungen selbständig fortzusetzen. Auf Vitalfunktionen ist zu achten. Sicherheit ist zu gewährleisten.

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

### **○ Umgang mit Medizinprodukten**

"Medizinprodukte sind alle einzeln oder miteinander verbunden verwendete Instrumente, Apparate, Vorrichtungen, Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen oder andere Gegenständen, einschließlich der für ein einwandfreies Funktionieren des Medizinproduktes eingesetzten Software, die vom Hersteller zur Anwendung für Menschen mittels ihrer Funktionen zum Zwecke:

- der Erkennung, Verhütung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten
- der Erkennung, Überwachung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen
- der Untersuchung, der Ersetzung oder der Veränderung des anatomischen Aufbaus oder eines physiologischen Vorgangs oder
- der Empfängnisregelung zu dienen bestimmt sind."

Ohne vorherige Einweisung darf ein Medizinprodukt nicht angewandt werden.

### **Über die notwendigen Expertenstandards wurde aufgeklärt.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegekraft

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kunde / Bezugsperson / Betreuer