

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

<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 
<b>Quellenhof Seniorenpflege GmbH &amp; Co.KG</b> 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 GmbH</b> 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, bieten wir Ihnen vorab eine Hilfestellung in Form einer Checkliste an. So können Sie noch besser nachvollziehen, was es **vor** Einzug in unsere Einrichtungen zu beachten und zu regeln gilt. Bei Fragen und Unklarheiten scheuen Sie sich bitte nicht, auf uns zukommen. Wir unterstützen Sie gerne!

### Ihre Ansprechpartner\*innen:

Quellenhof	Malscher Hof	Kronauer Hof
Hr. Bletscher, Hr. Schermesser, Fr. Heilig, Fr. Mächtel, Fr. Franzke	Fr. Bletscher, Fr. Händel, Fr. Derfurt, Fr. Campagna	Fr. Bletscher, Hr. Slobinski, Fr. Weber, Hr. Bletscher

### Welche Schritte sind unbedingt zu erledigen?

Was?	Wo?
Nachweis über den Wohnsitz (Kurzzeitpflege) / Wohnsitz innerhalb von 8 Tagen ummelden (Dauerpflege)	Rathaus
Beglaubigter Auszug aus dem Ehe- oder Lebenspartnerschaftsregister der letzten Ehe, ggf. Nachweis über die Auflösung	Standesamt
Beglaubigter Auszug aus dem Geburtsregister mit Hinweisteil	Standesamt
Antrag für Kurzzeitpflege / vollstationäre Pflege stellen	Krankenkasse / Pflegekasse
Sorgfältiges Ausfüllen der mitgegebenen Unterlagen	Zu Hause
Vorsorgevollmacht, Betreuung, Patientenverfügung (ggf. anregen)	Zu Hause / Vormundschaftsgericht
Entscheidung über Hausarztversorgung	Mit bisherigem Hausarzt abklären
Kennzeichnung der Kleider (s. Beschreibung der Firma Blache)	In der Einrichtung
Wer Sozialhilfe benötigt muss diese <b>vor</b> Einzug beim zuständigen Sozialamt beantragen. <b>Das Sozialamt muss den Heimeinzug zugleich (schriftlich) bestätigt haben.</b>	Sozialamt

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



### Anmeldeformular zur Heimaufnahme

<b>Vor- und Zuname:</b>		Geburtsdatum:
Geburtsname:		Familienstand:
Adresse:		
Geburtsort:	Konfession:	Staatsangehörigkeit:

<b>Kranken-/Pflegekasse:</b>	<b>Pflegegrad:</b> <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
Versicherungs-Nr.:	<input type="radio"/> Einstufung / <input type="radio"/> Höherstufung
Beihilfe berechtigt: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	beantragt am: .....

<b>Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r):</b>	Tel.:	
Adresse:		
<b>Rechnungsempfänger(in):</b>	Tel.:	
Adresse:		
<b>Angehörige/r:</b>	Beziehung:	Tel:
Adresse:		
<b>Angehörige/r:</b>	Beziehung:	Tel.:
Adresse:		

<b>Bisheriger Hausarzt:</b>	Tel.:
Adresse:	

<b>Aufnahmetag:</b> .....	<input type="radio"/> <b>Dauerpflege</b> <input type="radio"/> <b>Kurzzeitpflege bis</b> .....
Zimmer-Nr.: .....	<input type="radio"/> Einzelzimmer <input type="radio"/> Doppelzimmer <input type="radio"/> Komfortzimmer
<b>Anwesenheit zur:</b>	<input type="radio"/> <b>Tagespflege</b> <input type="radio"/> <b>Nachtpflege</b>
Wochentage:	<input type="radio"/> Mo <input type="radio"/> Di <input type="radio"/> Mi <input type="radio"/> Do <input type="radio"/> Fr [ <input type="radio"/> Sa <input type="radio"/> So ]

**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.

**Kostenträger:** Wird Sozialhilfe beantragt?  ja  nein

Zuständiges Sozialamt:

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Antragsteller/in

.....  
Unterschrift Aufzunehmende/r

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

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

## Biografiebogen

Bitte füllen Sie den Biografiebogen so ausführlich wie möglich aus. Dieser erleichtert ein „Kennenlernen“ zu Beginn des Aufenthaltes, indem über vertraute und interessante Themen gesprochen werden kann.

<b>Vor- und Zuname:</b>	
Geburtsort:	Geburtstag:
Name Ehepartner/in:	Familienstand:
Ort und Datum der Eheschließung:	Verstorben am:

Namen der Kinder:
Namen der Enkel-/Urenkelkinder:

Schöne Erlebnisse aus der Vergangenheit:
Traurige Erlebnisse aus der Vergangenheit:

Schulische Ausbildung & Beruflicher Werdegang:
Freizeitaktivitäten, Hobbies & Lieblingbeschäftigungen:

Grund der Heimaufnahme:
Bevorzugte Aktivitäten in der Einrichtung:

<b>Tägliche Trinkmenge:</b>
Vorlieben bei Speisen und Getränken:

<b>Besonderheiten &amp; Sonstiges:</b>

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



### Erhebung von Mund- und Zahnstatus

- Zahnarztbesuch sofort erforderlich       Routineuntersuchung: 2x jährlich im Haus

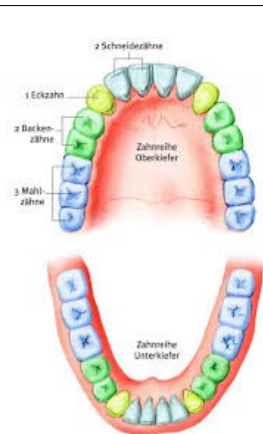


Abbildung urheberrechtlich geschützt  
(@https://www.wissen.de/medizin/gebiss)

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Zahnkronen</li> <li><input type="radio"/> Zahnbrücken</li> <li><input type="radio"/> abgestorbene Zähne</li> <li><input type="radio"/> Zahnfleischentzündung</li> <li><input type="radio"/> Zahnschiefstand</li> <li><input type="radio"/> Zähneknirschen</li> <li><br/></li> <li><input type="radio"/> Sonstiges / Bemerkungen:</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Vollprothesen</li> <li><input type="radio"/> Teilprothesen: <input type="radio"/> oben <input type="radio"/> unten</li> <li><input type="radio"/> schlecht sitzende Prothesen</li> <li><input type="radio"/> Sichtbare Verletzungen:</li> <li>.....</li> <li><input type="radio"/> Mundschleimhautentzündung:</li> <li>.....</li> <li><input type="radio"/> Mundtrockenheit</li> <li><input type="radio"/> Soor</li> <li><input type="radio"/> Mundgeruch</li> </ul> |
|--|---|

### Schmerzerfassung

Wo tut es Ihnen weh?

Wann tut es Ihnen weh?  morgens     im Verlauf     abends     beim Essen     immer

Wie stark schätzen Sie den empfundenen Schmerz ein? Nutzen Sie hierzu bitte die folgende Skala von **0 bis 10**. Kreuzen Sie bitte entsprechendes an.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> 0 = keine Schmerzen            | <input type="radio"/> 6 = stärkere Schmerzen       |
| <input type="radio"/> 1 = sehr geringe Schmerzen     | <input type="radio"/> 7 = starke Schmerzen         |
| <input type="radio"/> 2 = geringe Schmerzen          | <input type="radio"/> 8 = sehr starke Schmerzen    |
| <input type="radio"/> 3 = stärker werdende Schmerzen | <input type="radio"/> 9 = immense Schmerzen        |
| <input type="radio"/> 4 = mittlere Schmerzen         | <input type="radio"/> 10 = unerträgliche Schmerzen |
| <input type="radio"/> 5 = etwas stärkere Schmerzen   |  |

Wie fühlt sich der Schmerz an?  stechend     brennend     bohrend     pochend

Welche anderen Bereiche schmerzen?  Mund     Kopf     Oberkörper     Unterkörper

**Weitere Bemerkungen:**

Bitte ankreuzen, für welche unserer Einrichtungen die Anmeldung gedacht ist!		
<input type="radio"/>  <b>Quellenhof</b> ...ein Zuhause für Senioren	<input type="radio"/>  <b>Malscher Hof</b> ...ein Zuhause für Senioren	<input type="radio"/>  <b>Kronauer Hof</b> ...ein Zuhause für Senioren
<b>Quellenhof Seniorenpflege GmbH &amp; Co.KG</b> 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 GmbH</b> Schubertstr. 2-4, 76709 Kronau Tel.: 07253/ 97 58 03 0 Fax: 07253 / 97 58 03 1

## Ärztlicher Fragebogen

<b>Vor- und Zuname des Patienten:</b>	<b>geb am .:</b>
<b>Zur Heimaufnahme muss gemäß § 36 Infektionsschutzgesetz ein ärztliches Attest vorgelegt werden!</b>	
Liegen Anhaltspunkte bezüglich einer <b>ansteckenden Lungentuberkulose</b> vor? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
<b>Weitere ansteckende Erkrankungen?</b> <input type="radio"/> HIV <input type="radio"/> Krätze <input type="radio"/> MRSA /ORSA <input type="radio"/> Hepatitis Typ: ..... <input type="radio"/> Sonstiges:	
<b>Impfstatus / Impfpass vorhanden:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Tetanus: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Hepatitis B: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Pneumokokken: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Gripeschutz: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<b>Besonderheiten (Allergien, Unverträglichkeiten, Suchterkrankungen):</b>
<b>Ärztliche und pflegerische Diagnosen:</b>	
<b>Schmerzsituation:</b> <input type="radio"/> akut <input type="radio"/> chronisch Lokalisation:	<input type="radio"/> <b>Wunden</b> / Lokalisation:
<b>Unfälle, Stürze, operative Eingriffe der letzten 2 Jahre:</b>	
<b>Medizinische Versorgung und Therapien:</b>	
<b>Bitte eine Kopie der aktuellen Medikamentenverordnung an die Einrichtung leiten!</b>	
<b>Sehvermögen</b> <i>rechts:</i> <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> einschränkt <input type="radio"/> fast blind <input type="radio"/> blind <i>links:</i> <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> einschränkt <input type="radio"/> fast blind <input type="radio"/> blind	<b>Sehhilfe:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<b>Hörvermögen</b> <i>rechts:</i> <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> einschränkt <input type="radio"/> fast taub <input type="radio"/> taub <i>links:</i> <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> einschränkt <input type="radio"/> fast taub <input type="radio"/> taub	<b>Hörgerät:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<b>Orientierung:</b> <input type="radio"/> uneingeschränkt / <input type="radio"/> desorientiert zu: <input type="radio"/> Person <input type="radio"/> Situation <input type="radio"/> Raum <input type="radio"/> Zeit	

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Ärztin/Arzt

[Stempel der Praxis]

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. Nähere Informationen finden Sie im Informationsmagazin. Bei Fragen können Sie sich jederzeit an uns wenden.

## Datenschutzrechtliche Einwilligung und Schweigepflichterklärung

An Ihrer pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung sind regelmäßig 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. 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 Einrichtung 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!

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

### SEPA-Lastschriftmandat

#### Gläubiger-Identifikationsnummern:

Quellenhof: DE 54 ZZZ 000 004 235 66

Malscher Hof: DE 60 ZZZ 000 004 235 55

Kronauer Hof: DE 57 ZZZ 000 020 857 04

Mandatsreferenz: ..... (entspricht der Kundennummer)

Vor- und Zuname des Kontoinhabers:	
Straße und Hausnummer:	
Postleitzahl und Ort:	
Name des Kreditinstituts:	
BIC:	
IBAN:	

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. 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.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Kontoinhaber/ Bevollmächtigte/r

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

<input type="radio"/>  Quellenhof ...ein Zuhause für Senioren	<input type="radio"/>  Malscher Hof ...ein Zuhause für Senioren	<input type="radio"/>  Kronauer Hof ...ein Zuhause für Senioren
--	--	--

### Medikamente: 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 dafür verantwortlich, die benötigten Medikamente selbst mitzubringen. **Für selbst besorgte Medikamente können 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

.....  
Unterschrift

### Einverständniserklärung für Fahrten mit dem firmeneigenen KFZ

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

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

### Information zur fotografisch geführten Wunddokumentation

Zur besseren Nachweisführung bei der Wundbehandlung und des Datenschutzes benötigen wir Ihr Einverständnis. 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

.....  
Unterschrift



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

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

### Mitgebrachte persönliche Gegenstände und Kleidung

Vor- und Zuname: .....

Kennzeichnung der Wäsche:  ja  nein  
(0,50 € pro Wäschestück)

Aufnahmetag: ..... Zi-Nr: .....

Waschen:  privat  Hauswäsche\*

**Hinweis:** Bitte beachten Sie, dass die Einrichtung für nicht gekennzeichnete Wäsche **keine Garantie** übernehmen kann, falls diese unplanmäßig in die Hauswäsche geraten sollte. Wir empfehlen daher, die Wäsche auch dann kennzeichnen zu lassen, wenn Sie sie privat waschen möchten.

Kleidung allgemein	Stück	Sonstige Kleidung	Stück
Unterhosen			
Unterhemden			
BH			
Strümpfe / Strumpfhosen			
Socken			
Blusen (Damen)			
Hemden (Herren)			
T-Shirts			
Pullover			
Strickwesten			
Röcke oder Kleiderröcke		<b>Persönliche Dinge (z.B. Wecker, Uhr, Möbel usw.)</b>	
Hosen			
Sommerjacke			
Winterjacke			
Kopfbedeckung			
Sommerschuhe			
Winterschuhe			
Hausschuhe			
Handschuhe			

\* Genauere Informationen zur Firma Blache entnehmen Sie bitte dem Informationsmagazin.

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

### Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe“

Ein Dekubitus (Druckgeschwür), auch Ulkus genannt, ist eine Schädigung der Haut und des darunterliegenden Gewebes aufgrund eines Drucks, der längere Zeit auf dieselbe Hautpartie wirkt. Die Haut- und Gewebeveränderung ist mit bloßem Auge erkennbar. Ein einmal entstandener Dekubitus nimmt meist einen langwierigen Verlauf: Die Abheilung eines Dekubitalgeschwürs dauert häufig Monate und durchläuft dabei mehrere Phasen. Daher ist die regelmäßige Inspektion der Wunde sowie eine eventuelle Anpassung der Wundbehandlung für den weiteren Heilungsverlauf von größter Bedeutung. Um den Erfolg der Dekubitus-Therapie zu sichern, ist es daher ratsam, dass Betroffene und Angehörige, Pflegepersonal und Ärzte eng miteinander zusammenarbeiten.

### Expertenstandard „Sturzprophylaxe“

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. Unter Sturzprophylaxe versteht man alle Maßnahmen zur Vorbeugung von Stürzen. 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. Mitarbeiter oder Bezugspersonen in der Pflege sollen in der Lage sein, wirksam einzugreifen, um Stürze so gut es geht zu vermeiden und die möglichen Sturzfolgen auf ein Minimum zu reduzieren.

### 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.

### Expertenstandard „Ernährungsmanagement“

Bei jedem Bewohner mit pflegerischem Unterstützungsbedarf, bestehender Mangelernährung oder Anzeichen für eine drohende Mangelernährung ist die orale Nahrungsaufnahme entsprechend den Bedürfnissen und dem individuellen Bedarf sicherzustellen. Essen und Trinken beeinflussen die Lebensqualität, sind wichtige Bestandteile sozialer und kultureller Identität und dienen der Gesunderhaltung durch eine adäquate Nährstoffaufnahme. Die Sicherstellung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung kann durch die frühzeitige Erfassung und Bewertung ernährungsrelevanter Gesundheitsprobleme, angemessene

Unterstützung und Umgebungsgestaltung, spezifische Maßnahmen sowie ein geeignetes Nahrungsangebot eine Mangelernährung verhindern und bestehenden Defiziten entgegenwirken. Wenn der BMI unter 20 liegt oder eine Gewichtsveränderung von 5% innerhalb von ein bis drei Monaten, werden Arzt und Angehörige informiert.

### **Expertenstandard „Harnkontinenz“**

Unter Kontinenz versteht man 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, jedoch mit steigendem Risiko im Alter, auftreten. Statistisch betrachtet sind überwiegend Frauen und ältere Menschen beider Geschlechter betroffen. Die Harninkontinenz kann verschiedene Ursachen haben, z. B. 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 es wird sich isoliert. Von daher darf Inkontinenz nicht tabuisiert werden, um so dem Menschen die Möglichkeit zu geben, sich der Situation zu stellen, und zu lernen, damit umzugehen. Risikofaktoren müssen analysiert und reduziert werden.

### **Expertenstandard „Schmerzmanagement“ (chronische & akute Schmerzen)**

*„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 eine reine Sinneswahrnehmung. Hinzu treten auch emotionale und bewertende Elemente, die den Schmerz z.B. als bedrohlich oder quälend, als bedeutend oder nebensächlich einordnen und den Umgang mit ihm bestimmen.

### **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 ein Verlust von Selbstständigkeit und kann im Extremfall völlige Abhängigkeit bedeuten. Es ist daher ein Hauptziel, die Selbstständigkeit zu unterstützen und zu fördern. Mobilisation bedeutet *“in Bewegung setzen und in Bewegung sein“*. Und beweglich zu 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. 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, instruiert werden, die Übungen selbstständig fortzusetzen. Auf Vitalfunktionen ist zu achten. Sicherheit ist stets zu gewährleisten.

### **Expertenstandard „Beziehungsgestaltung bei der Pflege von Menschen mit Demenz“**

Jeder Mensch mit Demenz soll das Gefühl haben, gehört zu werden; verstanden zu werden; angenommen zu werden; mit anderen Personen verbunden zu sein. Eine Person zentrierte Wechselbeziehung (Interaktion) und Kommunikation ist gebunden an das Person-Sein des Menschen mit Demenz, seine Identität und

einzigartige Persönlichkeit. Diese gilt es zu bewahren oder wiederherzustellen, da sie besonders bei Demenz oft verloren geht.

Person-Sein (d.h. durch seine individuelle Eigenschaften und Eigenarten gekennzeichnete Mensch) ist abhängig vom Beziehungsgefüge und den Werten, Akzeptanz, Respekt und Vertrauen.

Durch das Herausarbeiten aufeinander bezogenes Handeln und Kommunikation können zu Pflegenden diese Werte und das Person-Sein wieder erleben und die in der Zielformulierung angestrebten Gefühle spüren.

### Umgang mit Medizinprodukten

"Medizinprodukte sind alle einzeln oder miteinander verbundene 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 sowie Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen bestimmt sind. Ebenfalls dienen diese der Untersuchung, der Ersetzung oder der Veränderung des anatomischen Aufbaus oder eines physiologischen Vorgangs oder sowie der Empfängnisregelung." Ohne vorherige Einweisung darf ein Medizinprodukt nicht angewandt werden.

### Zusätzliche Bemerkungen:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift Kunde/Betreuer/Bevollmächtigter

.....

Unterschrift Pflegefachkraft