83 Formulierungshilfen für den Pflegebericht

Von „Statt …“ zu „Besser …“: sachliche, nachvollziehbare Formulierungen für elf häufige Situationen im Pflegealltag. Zum Nachschlagen, Anpassen und Ausdrucken.

INHALT

1 · Sturz
6 Formulierungsbeispiele

2 · Schmerz
8 Formulierungsbeispiele

3 · Ernährung
8 Formulierungsbeispiele

4 · Flüssigkeit
8 Formulierungsbeispiele

5 · Wunde
8 Formulierungsbeispiele

6 · Dekubitus
7 Formulierungsbeispiele

7 · Demenz
7 Formulierungsbeispiele

8 · Verhalten
8 Formulierungsbeispiele

9 · Medikament
7 Formulierungsbeispiele

10 · Mobilität
8 Formulierungsbeispiele

11 · Körperpflege
8 Formulierungsbeispiele

SO NUTZT DU DIESES HEFT

1 · Beobachtung statt Bewertung
Schreibe, was du gesehen, gehört oder gemessen hast. Deutungen und Etiketten gehören nicht in den Bericht.

2 · Wann, was, wie reagiert?
Uhrzeit, beobachtete Situation, durchgeführte Maßnahme und Reaktion der Person machen den Bericht nachvollziehbar.

3 · Platzhalter anpassen
Werte in [eckigen Klammern] und alle Zeit- und Mengenangaben sind Beispiele. Trage immer deine eigenen Beobachtungen ein.

4 · Vorgaben der Einrichtung
Maßgeblich sind die Vorgaben der Expertenstandards bzw. die internen Verfahrensanweisungen deiner Einrichtung.

BITTE BEACHTEN

Die Beispiele sind Formulierungshilfen, keine Vorlagen zum wörtlichen Übernehmen. Sie ersetzen weder das Dokumentationssystem deiner Einrichtung noch die fachliche Beurteilung der Pflegefachperson. Trage in Entwürfe und Notizen keine Klarnamen, Geburtsdaten oder Diagnosen ein, wenn sie nicht in einem geschützten Bereich aufbewahrt werden. Kostenlos nutzbar und für den Einsatz in deinem Team frei kopierbar.

Texte auf dokuhelfer.de entstehen mit KI-Unterstützung als erstem Schritt. André prüft sie anschließend fachlich, ergänzt und verantwortet sie, bevor sie veröffentlicht werden.

Sturz

01 Sturz im Zimmer

Versorgte Person auf dem Boden aufgefunden

STATT: Er ist gestürzt.

BESSER: Die versorgte Person wurde um 14:15 Uhr liegend auf dem Fußboden vor dem Bett aufgefunden. Keine sichtbaren Verletzungen, die versorgte Person äußerte leichten Schmerz im rechten Knie (Schmerzstärke nach NRS: [x]/10). Wundinspektion unauffällig. PFK und HA umgehend informiert. Die versorgte Person blieb bis zur ärztlichen Untersuchung im Bett. Vitalzeichen stabil.

Dokumentationstipp: Immer Uhrzeit, Fundort, körperlichen Zustand und informierte Personen dokumentieren.

02 Sturz im Badezimmer

Versorgte Person glitt im Bad aus

STATT: Hat im Bad gestürzt, keine Verletzungen.

BESSER: Die versorgte Person wurde um 09:40 Uhr sitzend auf dem Badezimmerboden aufgefunden. Sie äußerte Schmerzen im Steißbereich (5/10 NRS). Haut intakt, keine Blutung, keine Verformung der Extremitäten. HA informiert, Untersuchung angeordnet. Angehörige telefonisch benachrichtigt um 09:55 Uhr.

Dokumentationstipp: Nutze die Schmerzskala, die zur Person passt. Welche in deiner Einrichtung gilt, steht in der internen Verfahrensanweisung.

03 Sturz ohne Verletzung

Leichter Sturz, keine körperlichen Folgen erkennbar

STATT: Ist gefallen aber gut gegangen.

BESSER: Die versorgte Person wurde um 11:20 Uhr auf dem Boden des Wohnzimmers aufgefunden, in sitzender Position. Keine äußerlichen Verletzungen sichtbar, kein Schmerz geäußert. Die versorgte Person kooperierte bei der Kontrolle. PFK informiert, neurologische Beobachtung für die Folgeschicht eingeleitet.

Dokumentationstipp: Auch scheinbar harmlose Stürze vollständig dokumentieren – Nachbeobachtung vermerken.

04 Beinahe-Sturz

Versorgte Person fast gestürzt, von Pflegekraft abgefangen

STATT: War fast gefallen, hab sie gehalten.

BESSER: Die versorgte Person verlor um 16:00 Uhr beim Aufstehen vom Stuhl das Gleichgewicht. Eine Pflegefachkraft konnte sie durch gezieltes Stützen am Sturz hindern. Die versorgte Person äußerte keine Schmerzen, Vitalzeichen unauffällig. PFK informiert. Weiteres Vorgehen nach interner Verfahrensanweisung.

Dokumentationstipp: Ein Beinahe-Sturz ist kein Sturz. Beschreibe, was passiert ist und was du getan hast. Ob und wo er sonst erfasst wird, regelt die interne Verfahrensanweisung.

05 Sturz mit Arztkontakt

Sturz mit nachfolgender ärztlicher Behandlung

STATT: Gestürzt, Arzt war da, alles gut.

BESSER: Die versorgte Person fiel um 13:45 Uhr im Flur. Aufgefunden in Seitenlage. Klage über Hüftschmerzen links (8/10 NRS). HA sofort verständigt und um 14:10 Uhr vor Ort: Verdacht auf Schenkelhalsfraktur geäußert, Rettungswagen angefordert. Übergabe an Rettungsdienst um 14:35 Uhr. Angehörige informiert.

Dokumentationstipp: Exakte Zeitabfolge bei ärztlicher Beteiligung lückenlos dokumentieren.

06 Nachbeobachtung nach Sturz

Überwachung nach Sturzereignis

STATT: Nach dem Sturz beobachtet.

BESSER: Nachbeobachtung nach Sturz (14:15 Uhr): 16:00 Uhr unauffällig, wach und orientiert, Pupillen isocor. 18:00 Uhr: Die versorgte Person schlief ruhig, Atmung regelmäßig. 20:00 Uhr: kein Erbrechen, keine Kopfschmerzen geäußert. 22:00 Uhr: letzte Kontrolle unauffällig. HA über Verlauf informiert.

Dokumentationstipp: Nach Sturz mit Kopfbeteiligung 24-Stunden-Überwachungsprotokoll führen.

Schmerz

07 Knieschmerzen

Versorgte Person klagt über Knieschmerzen

STATT: Hat Knieschmerzen, Salbe gegeben.

BESSER: Die versorgte Person äußerte um 10:30 Uhr Schmerzen im linken Knie, Schmerzstärke 6/10 nach NRS. Keine Schwellung oder Rötung sichtbar. Bedarfsmedikation ([Präparat, Einzeldosis]) lt. ärztlicher Anordnung verabreicht. Die versorgte Person ruhte anschließend im Bett. Schmerzreduktion auf 3/10 um 12:00 Uhr, HA informiert.

Dokumentationstipp: Nutze die Skala, die für die Person vorgesehen ist, und schreib die Wirkung der Maßnahme dazu.

08 Rückenschmerzen

Versorgte Person klagt über anhaltende Rückenschmerzen

STATT: Rücken tut ihr weh.

BESSER: Die versorgte Person klagte um 08:15 Uhr über Schmerzen im unteren Rückenbereich, Stärke 5/10 (NRS). Lagerungsunterstützung mit Keilkissen durchgeführt, Wärmeauflage angelegt. Die versorgte Person äußerte nach 30 Minuten Schmerzreduktion auf 2/10. HA über anhaltende Beschwerden der Vortage informiert.

Dokumentationstipp: Bei wiederkehrenden Schmerzen auf Voreinträge verweisen und ärztliche Einschätzung einholen.

09 Akute Schmerzen

Plötzlich einsetzende starke Schmerzen

STATT: Hatte plötzlich starke Schmerzen, Arzt gerufen.

BESSER: Die versorgte Person klagte um 03:10 Uhr plötzlich über starke Schmerzen im Brustbereich (9/10 NRS), Schwitzen und Kurzatmigkeit. Vorgehen nach interner Verfahrensanweisung: Rettungsdienst alarmiert (03:12 Uhr). HA informiert. Übergabe an Rettungsdienst 03:28 Uhr. Angehörige benachrichtigt.

Dokumentationstipp: Bei starken Schmerzen mit Begleitzeichen wie Schwitzen oder Kurzatmigkeit gilt die interne Verfahrensanweisung. Schreib auf, wer wann informiert wurde.

10 Chronische Schmerzen

Versorgte Person mit bekanntem chronischen Schmerzleiden

STATT: Wie immer Schmerzen gehabt.

BESSER: Die versorgte Person äußerte um 07:30 Uhr Schmerzen in beiden Hüften, Stärke 4/10 (NRS). Schmerzmedikation lt. ärztlicher Anordnung verabreicht ([Präparat, Einzeldosis]). Lagerungsposition angepasst. Um 09:00 Uhr Schmerzstärke 2/10, die versorgte Person frühstückte selbstständig. Schmerztagebuch aktualisiert.

Dokumentationstipp: Bei bekannter Chronik: Schmerztagebuch führen und regelmäßig auswerten.

11 Schmerzreduktion nach Maßnahme

Schmerzen nach Maßnahme deutlich gebessert

STATT: Schmerzen weg nach Massage.

BESSER: Die versorgte Person äußerte um 14:00 Uhr Schulterschmerzen (5/10 NRS). Manuelle Schulter-Mobilisation und Wärmepackung für 20 Minuten durchgeführt. Um 14:35 Uhr Schmerzstärke 1/10. Die versorgte Person entspannt und äußerte Wohlbefinden. Maßnahme als wirksam dokumentiert, HA informiert.

Dokumentationstipp: Erfolgreiche Maßnahmen dokumentieren – Grundlage für Pflegeplanungsanpassung.

12 Schmerzerfassung bei Demenz

Schmerzerkennung ohne verbale Äußerung

STATT: Hat wohl Schmerzen, sieht so aus.

BESSER: Die versorgte Person äußerte keine verbalen Schmerzangaben. Beurteilung mit BISAD: [Beobachtungen, z. B. Gesichtsausdruck, Körperhaltung, Unruhe] – Gesamtscore [x]/[Maximalscore]. Bedarfsmedikation lt. ärztlicher Anordnung verabreicht. Kontrolle nach 1h: BISAD [x]/[Maximalscore], die versorgte Person entspannt.

Dokumentationstipp: Bei Menschen, die sich nicht äußern können, zählt die Fremdeinschätzung. Welches Beobachtungsinstrument gilt (zum Beispiel BESD oder BISAD), regelt die interne Verfahrensanweisung.

13 Zahnschmerzen

Versorgte Person klagt über Zahnschmerzen

STATT: Zahn tut weh.

BESSER: Die versorgte Person äußerte um 13:00 Uhr starke Schmerzen im Unterkieferbereich rechts (7/10 NRS). Sichtbare Schwellung der Wange. Bedarfsmedikation lt. ärztlicher Anordnung verabreicht ([Präparat, Einzeldosis]). Zahnarzt telefonisch informiert, Notfalltermin für morgen vereinbart. Angehörige informiert.

Dokumentationstipp: Mund- und Zahnschmerzen als Pflegeproblem ernst nehmen und ärztlich/zahnärztlich abklären.

14 Kopfschmerzen

Versorgte Person klagt über Kopfschmerzen

STATT: Kopfweh.

BESSER: Die versorgte Person äußerte um 14:30 Uhr beidseitige Kopfschmerzen (4/10 NRS), seit ca. 2 Stunden. Keine Sehstörungen, kein Schwindel. Blutdruck: [Wert] mmHg. HA informiert, Bedarfsmedikation lt. ärztlicher Anordnung verabreicht ([Präparat, Einzeldosis]). Kontrolle nach 1h: Kopfschmerzen 1/10, RR [Wert] mmHg.

Dokumentationstipp: Bei Kopfschmerzen immer Blutdruck messen und dokumentieren.

Ernährung

15 Appetitlosigkeit

Versorgte Person zeigt wenig Interesse an Mahlzeiten

STATT: Will nichts essen.

BESSER: Die versorgte Person nahm zum Mittagessen nur ca. 30% der angebotenen Portion zu sich (Suppe abgelehnt, einige Löffel Hauptgericht). Auf Befragen äußerte er, keinen Hunger zu haben. Angehörige informiert, Ernährungsprotokoll begonnen. HA über anhaltende Appetitlosigkeit (3. Tag) informiert.

Dokumentationstipp: Anhaltende Appetitlosigkeit nach Vorgabe der Einrichtung ärztlich abklären lassen.

16 Nahrungsverweigerung

Versorgte Person verweigert konsequent Nahrung

STATT: Hat gar nichts gegessen, will einfach nicht.

BESSER: Die versorgte Person verweigerte alle drei Mahlzeiten. Zum Frühstück angebotene Lieblingspeise (Graubrot mit Butter) ebenfalls abgelehnt. Keine Äußerung von Schmerzen. Pflegebezugsperson informiert, HA verständigt. Gewicht: 51,2 kg (Vortag 51,8 kg). Angehörige um 17:00 Uhr informiert.

Dokumentationstipp: Vollständige Nahrungsverweigerung immer ärztlich abklären und Gewichtsverlauf dokumentieren.

17 Teilweise Nahrungsaufnahme

Versorgte Person nimmt nur Teile der Mahlzeit zu sich

STATT: Hat wenig gegessen, ungefähr die Hälfte.

BESSER: Die versorgte Person nahm zum Mittag ca. 50% der Hauptspeise und die gesamte Nachspeise zu sich. Suppe wurde abgelehnt. Flüssigkeitsaufnahme 300ml zum Essen. Mahlzeit erfolgte selbstständig ohne Hilfestellung. Keine Auffälligkeiten, Pflegemaßnahme weiterhin: Anreicherung der Speisen.

Dokumentationstipp: Prozentualen Anteil dokumentieren – erleichtert Verlaufsbeurteilung.

18 Unterstützung bei Mahlzeiten

Versorgte Person benötigt Hilfe beim Essen

STATT: Beim Essen geholfen.

BESSER: Die versorgte Person wurde beim Mittagessen unterstützt: Speisen mundgerecht zerkleinert, Gabel geführt. Die versorgte Person aß ca. 70% der Portion mit Unterstützung. Schluckakt ohne Husten oder Würgen. Die versorgte Person äußerte Zufriedenheit. Maßnahme laut Pflegeplan: orale Unterstützung bei allen Mahlzeiten.

Dokumentationstipp: Schlucksituation bei Unterstützung immer beobachten und dokumentieren.

19 Gewichtsverlust

Auffälliger Gewichtsverlust festgestellt

STATT: Hat wieder abgenommen.

BESSER: Wöchentliche Wiegung: 58,4 kg (Vorwoche 60,1 kg), Gewichtsverlust 1,7 kg in 7 Tagen. Ernährungsprotokoll der vergangenen Woche ausgewertet: durchschnittlich 60% der Mahlzeiten aufgenommen. HA informiert, Diätberatung angeordnet. Angehörige in Kenntnis gesetzt.

Dokumentationstipp: Gewichtsverlust von mehr als 5% in 30 Tagen ist ein Warnzeichen – sofort ärztlich abklären.

20 Sondenkost verabreicht

Enterale Ernährung über Sonde

STATT: Sondenkost gegeben.

BESSER: Sondenkost über PEG-Sonde verabreicht: 09:00 Uhr, [Menge] ml [Sondennahrung] lt. ärztlicher Anordnung. Flussrate [x] ml/h. Sondenkontrolle vor Gabe nach Standard der Einrichtung durchgeführt. Keine Leckage, keine Rötung um Sondeneintrittsstelle. Die versorgte Person tolerierte Ernährung ohne Erbrechen.

Dokumentationstipp: Sondenkontrolle vor jeder Gabe nach Standard dokumentieren.

21 Gewicht stabil

Wöchentliche Wiegung unauffällig

STATT: Gewicht ok.

BESSER: Wöchentliche Wiegung: 68,2 kg (Vorwoche 68,0 kg), Gewicht stabil. Keine Ödeme sichtbar. Ernährungssituation laut Pflegeprotokoll unauffällig, ca. 80% der Mahlzeiten aufgenommen. Keine Handlungsnotwendigkeit.

Dokumentationstipp: Auch stabiles Gewicht positiv dokumentieren – Abweichungen werden so schneller erkannt.

22 Kostform angepasst

Kostform nach ärztlicher Anordnung geändert

STATT: Bekommt jetzt weiches Essen.

BESSER: Kostform lt. ärztlicher Anordnung ab heute auf [Kostform] umgestellt. Küche informiert. Die versorgte Person über Umstellung informiert, äußerte Verständnis. Erste Mahlzeit mit angepasster Kost problemlos aufgenommen.

Dokumentationstipp: Kostformänderungen immer mit Datum, Begründung und Anordnungsgrundlage dokumentieren.

Flüssigkeit

23 Trinkmengenmangel

Versorgte Person trinkt zu wenig

STATT: Trinkt zu wenig.

BESSER: Flüssigkeitsaufnahme heute: 680ml (Zielwert lt. ärztlicher Anordnung: [x] ml/Tag). Dreimalige Trinkangebote mit Lieblingsgetränk (Apfelschorle) unterbreitet. HA informiert, Ursache unklar. Die versorgte Person äußerte keine Durstangaben. Trinkprotokoll weitergeführt, PFK informiert.

Dokumentationstipp: Zielwert der Flüssigkeitszufuhr im Pflegeplan verankern und dokumentieren.

24 Gute Flüssigkeitsaufnahme

Versorgte Person hat gut getrunken

STATT: Hat heute gut getrunken.

BESSER: Flüssigkeitsaufnahme: 1.650ml (Wasser 900ml, Tee 400ml, Suppe 350ml). Die versorgte Person trank selbstständig, regelmäßige Angebote wurden angenommen. Kein Anzeichen von Durst oder Dehydratation. Mundschleimhaut feucht.

Dokumentationstipp: Auch positive Befunde dokumentieren – wichtig für den Verlaufsvergleich.

25 Trinkanreicherung

Flüssigkeit durch Nahrung angereichert

STATT: Hat kaum getrunken, haben was ins Essen gemacht.

BESSER: Die versorgte Person verweigerte direkte Flüssigkeitsangebote. Getränke lt. Dysphagiekonzept angedickt (Apfelsaft 250ml), zusätzlich Wasseranteile im Essen (Suppe 300ml, Pudding 150ml). Gesamtflüssigkeit geschätzt 750ml. Dysphagiekost lt. Anordnung eingehalten. HA informiert, Maßnahmenplan angepasst.

Dokumentationstipp: Bei Trinkverweigernden: Flüssigkeit in Speisen einrechnen und Dysphagieschulung beachten.

26 Dehydratationsverdacht

Zeichen möglicher Austrocknung beobachtet

STATT: Sieht dehydriert aus.

BESSER: Die versorgte Person zeigt seit gestern folgende Zeichen: stehende Hautfalte am Handrücken, trockene Mundschleimhaut, dunkelgelber Urin (30ml in 4h), leichte Verwirrtheit. Flüssigkeitsaufnahme der letzten 24h: 480ml. HA umgehend informiert, Anordnung abgewartet. Lagerung mit leicht erhöhtem Oberkörper.

Dokumentationstipp: Dehydratationszeichen immer konkret benennen – nicht nur „dehydriert" schreiben.

27 Trinkprotokoll

Trinkprotokoll wird geführt

STATT: Trinkprotokoll gemacht.

BESSER: Trinkprotokoll für heute abgeschlossen: Gesamtflüssigkeit 1.380ml (Soll: [x] ml). Verteilt auf: Frühstück 350ml, Vormittag 200ml, Mittagessen 430ml, Nachmittag 250ml, Abendessen 150ml. Geringfügige Unterschreitung, kein Handlungsbedarf lt. ärztlicher Anordnung. Protokoll dem Pflegeordner beigefügt.

Dokumentationstipp: Trinkprotokoll immer mit Soll-Wert und Uhrzeiten führen.

28 Inkontinenz und Flüssigkeit

Inkontinenz dokumentiert, Trinkmenge angepasst

STATT: Viel Urin, trinkt wohl genug.

BESSER: Einlage bei Körperpflege vollständig durchfeuchtet (geschätzt 300ml Urin, gelb, kein auffälliger Geruch). Flüssigkeitsaufnahme bis 14:00 Uhr: 950ml. Zielwert 1.500ml. Weitere Angebote verstärkt. Hautpflege im Intimbereich durchgeführt, keine Rötung.

Dokumentationstipp: Urinmenge und Farbe dokumentieren – gibt Hinweise auf Flüssigkeitsstatus.

29 Ödeme beobachtet

Wassereinlagerungen an den Beinen

STATT: Beine sind dick.

BESSER: Bei Körperpflege Ödeme an beiden Unterschenkeln festgestellt: Haut eindrückbar, Delle bleibt nach Fingerdruck sichtbar. Knöchel beidseitig geschwollen. Die versorgte Person äußert kein Unbehagen. HA telefonisch informiert. Beinlagerung erhöht. Flüssigkeitsprotokoll und Gewichtskontrolle täglich angeordnet.

Dokumentationstipp: Beschreibe, was du siehst und tastest: Ort, Ausdehnung und ob sich eine Delle eindrücken lässt. Nutze nur Begriffe, die in deiner Einrichtung üblich sind.

30 Erbrechen und Flüssigkeitsersatz

Nach Erbrechen Flüssigkeit substituieren

STATT: Hat erbrochen, Flüssigkeit gegeben.

BESSER: Die versorgte Person erbrach um 11:00 Uhr zweimal (unverdauter Nahrungsinhalt, wässrig). Mundpflege durchgeführt. Bett gewechselt. Flüssigkeitsersatz: 200ml Tee oral angeboten, toleriert. HA informiert, beobachtendes Verhalten angeordnet. Engmaschige Beobachtung bis 18:00 Uhr.

Dokumentationstipp: Beschreibe Häufigkeit, Aussehen und Geruch des Erbrochenen. Eine Menge in Milliliter lässt sich kaum zuverlässig schätzen.

Wunde

31 Verbandwechsel durchgeführt

Routinemäßiger Verbandwechsel

STATT: Verband gewechselt, Wunde ok.

BESSER: Verbandwechsel nach interner Verfahrensanweisung und ärztlicher Anordnung durchgeführt um 10:00 Uhr (Wunde re. Unterschenkel). Wundrand unauffällig, Wundgrund gleichmäßig granulierend, keine Rötung oder Überwärmung der Umgebung. Exsudat gering, kein Geruch. Wundfolie nach Wundversorgungsplan aufgebracht. Nächster VW: Mittwoch.

Dokumentationstipp: Beschreibe die Wunde immer nach demselben Schema: Rand, Grund, Exsudat, Umgebung. Welches Schema gilt, steht in der internen Verfahrensanweisung.

32 Wundkontrolle

Routinekontrolle der Wundsituation

STATT: Wunde angeschaut, sieht gut aus.

BESSER: Wundkontrolle um 08:45 Uhr: Wunde am linken Knöchel 2×1,5cm, Tiefe flach. Wundrand reizlos, leichte Granulation sichtbar, keine Nekrosen. Exsudat gering serös. Fotodokumentation erstellt und im Wunddokumentationsbogen eingetragen. Keine Auffälligkeiten.

Dokumentationstipp: Größenangaben in cm dokumentieren – erleichtert Verlaufsbeurteilung erheblich.

33 Hautrötung

Rötung im Steißbereich festgestellt

STATT: Rötung am Steiß, wegdrückbar.

BESSER: Bei der Körperpflege um 07:30 Uhr Rötung im Steißbereich (ca. 3cm Durchmesser) festgestellt. Rötung wegdrückbar (Fingertest positiv), keine Blasenbildung, Haut intakt. Druckentlastungsmaßnahmen eingeleitet: Wechsellagerung 2-stündlich, Spezialmatratze beantragt. PFK informiert, Hautzustand engmaschig beobachten.

Dokumentationstipp: „Wegdrückbar" oder „nicht wegdrückbar" – dieser Unterschied entscheidet über Dekubitusgrad.

34 Nässende Wunde

Wunde mit verstärkter Exsudation

STATT: Wunde nässt mehr.

BESSER: Verbandwechsel um 09:00 Uhr: Wunde am Schienbein links zeigt im Vergleich zur Vorwoche verstärkte seröse Exsudation (Verband durchfeuchtet). Wundrand leicht mazeriert. HA informiert, Wundversorgungsplan angepasst: Saugauflage anstatt Wundfolie. Nächste Kontrolle morgen früh.

Dokumentationstipp: Verbandwechselintervall bei verstärkter Exsudation gemeinsam mit Arzt anpassen.

35 Wundheilung dokumentieren

Positive Wundentwicklung

STATT: Wunde heilt gut.

BESSER: Wundkontrolle Oberschenkel rechts: Wunde heute 1,5×0,8cm (Ausgangsgröße vor 2 Wochen: 3×2cm), deutliche Größenreduktion. Wundrand reizlos, vollständige Epithelisierung in Randbereichen sichtbar. Exsudat minimal. Wundversorgung lt. Plan fortgesetzt. HA über positiven Verlauf informiert.

Dokumentationstipp: Positive Heilungsverläufe konkret und messbar dokumentieren – wichtig für die Pflegeplanung.

36 Wundinfektion Verdacht

Zeichen einer möglichen Wundinfektion

STATT: Wunde sieht schlimm aus.

BESSER: Verbandwechsel 09:00 Uhr: Wunde am re. Fußrücken zeigt eitriges Sekret (gelb-grünlich), Wundrand gerötet, Umgebungshaut warm und geschwollen. Übler Geruch. HA sofort telefonisch informiert, Wundabstrich lt. Anordnung entnommen, Abstrich eingeschickt. Engmaschige Wundkontrolle angeordnet.

Dokumentationstipp: Wundinfektionszeichen konkret benennen: Farbe, Geruch, Wärme, Schwellung.

37 Schürfwunde nach Sturz

Oberflächliche Schürfwunde versorgt

STATT: Kleine Wunde versorgt.

BESSER: Nach Sturz (13:45 Uhr) oberflächliche Schürfwunde am linken Ellenbogen: 2×1cm, blutend, kein Fremdkörper sichtbar. Wunde lt. Wundstandard gereinigt und abgedeckt ([Material]). Wundversorgungsplan angelegt. HA informiert. Die versorgte Person äußerte 3/10 Schmerzstärke am Ellenbogen.

Dokumentationstipp: Jede sturzbedingte Wunde dokumentieren und im Wundprotokoll erfassen.

38 Nahtentfernung

Fäden nach operativer Versorgung entfernt

STATT: Fäden raus.

BESSER: Nahtentfernung am re. Knie (5 Einzelknopfnähte) lt. ärztlicher Anordnung um 10:30 Uhr durchgeführt. Wunde vollständig geschlossen, Wundrand reizlos, keine Sekretion. Steriler Wundverband angelegt. Die versorgte Person tolerierte Maßnahme ohne Schmerzen. HA informiert, Abschlusskontrolle nächste Woche.

Dokumentationstipp: Anzahl entfernter Fäden und Wundzustand nach Entfernung dokumentieren.

Dekubitus

39 Dekubitusprophylaxe

Prophylaktische Maßnahmen durchgeführt

STATT: Maßnahmen gegen Wundliegen gemacht.

BESSER: Dekubitusprophylaxe durchgeführt: Wechsellagerung lt. Plan ([Uhrzeiten]), Druckentlastung Fersen durch Lagerungskissen. Haut im Bereich Steiß, Fersen und Schulterblätter unauffällig, keine Rötungen. Hautpflege mit rückfettendem Mittel. Mikrolagerungsprotokoll ausgefüllt.

Dokumentationstipp: Wechsellagerungsprotokoll im Pflegeplan verankern und lückenlos dokumentieren.

40 Hautbeobachtung bei Dekubitusrisiko

Systematische Hautkontrolle durchgeführt

STATT: Haut ok, keine Wunden.

BESSER: Systematische Hautinspektion bei erhöhtem Dekubitusrisiko: Steiß, Fersen, Schulterblätter, Hinterkopf und Ohren kontrolliert. Alle gefährdeten Stellen unauffällig, Haut intakt, keine Rötungen oder Mazeration. Ergebnis im Hautprotokoll dokumentiert.

Dokumentationstipp: Nenne die kontrollierten Stellen einzeln. „Haut unauffällig“ allein reicht nicht.

41 Lagerungsmaßnahme

Spezielle Lagerung bei Druckgefährdung

STATT: Umgelagert.

BESSER: Die versorgte Person in 30°-Schräglagerung links verbracht (10:30 Uhr), Keilkissen zwischen Rücken und Matratze, Fersenlagerung mit Schaumstoffwürfeln. Die versorgte Person äußerte Wohlbefinden. Druckpunkte Steiß und Fersen vollständig entlastet. Nächste Lagerung um 12:30 Uhr eingeplant.

Dokumentationstipp: Lagerungsposition und -grad (z.B. 30°) konkret angeben.

42 Dekubitusrisiko neu erfasst

Risikobewertung nach Zustandsveränderung

STATT: Dekubitusrisiko neu eingeschätzt.

BESSER: Dekubitusrisiko nach Bettlägerigkeit infolge Infektion neu eingeschätzt: höher als zuvor. Maßnahmenplan angepasst: Wechsellagerung [Intervall lt. Plan], Antidekubitusmatratze beantragt, Hautzustandsprotokoll täglich. HA informiert.

Dokumentationstipp: Bei einer Zustandsveränderung schätzt du das Risiko nach interner Verfahrensanweisung neu ein und schreibst, was sich geändert hat.

43 Hautveränderung Kategorie 1

Beginnende Hautveränderung festgestellt

STATT: Rötung am Steiß, aufgepasst.

BESSER: Bei Körperpflege Rötung Steißbein festgestellt (ca. 4×3cm, nicht wegdrückbar). Dekubitus Kategorie 1 lt. EPUAP. Wundversorgungsplan erstellt, PFK und HA informiert. Sofortmaßnahmen: vollständige Druckentlastung, Antidekubitusmatratze bestellt, Lagerungsprotokoll nach Plan. Fotodokumentation erstellt.

Dokumentationstipp: Nicht wegdrückbare Rötung = Dekubitus Kategorie 1 – sofortiger Handlungsbedarf.

44 Spezialmatratze eingesetzt

Antidekubitusmatratze aktiviert

STATT: Matratze gewechselt.

BESSER: Antidekubitusmatratze (Wechseldrucksystem) lt. ärztlicher Anordnung um 14:00 Uhr eingebaut und eingestellt (Gewicht 72kg, Druckintervall 10min). Funktion geprüft und dokumentiert. Die versorgte Person äußerte Komfort. Wechsellagerung auf 4-stündlich reduziert lt. ärztlicher Anordnung.

Dokumentationstipp: Einstellungsparameter der Matratze dokumentieren – wichtig für Funktionskontrolle.

45 Fersenschutz

Fersenschutz als Prophylaxe eingesetzt

STATT: Fersenpolster drunter.

BESSER: Fersenschutz beidseits um 09:00 Uhr angelegt (Lagerungsschuhe). Fersen vollständig druckentlastet. Haut beider Fersen bei Kontrolle unauffällig, rosig, keine Rötung. Die versorgte Person kooperierte bei Anlage, äußerte Komfort. Nächste Kontrolle bei Pflegeübernahme.

Dokumentationstipp: Fersen bei bettlägerigen versorgten Personen immer kontrollieren – häufige Dekubituslokalisation.

Demenz

46 Unruhe und Umherwandern

Versorgte Person zeigt unruhiges Verhalten

STATT: War sehr unruhig heute.

BESSER: Die versorgte Person zeigte zwischen 14:00 und 17:00 Uhr motorische Unruhe: wiederholtes Aufstehen, Umherwandern im Flur. Keine Schmerzäußerungen, kein Sturzgeschehen. Beschäftigungsangebote (Faltarbeit, Musik) wurden 20 Minuten angenommen. PFK informiert. Ursache unklar, Beobachtung weitergeführt.

Dokumentationstipp: Zeitraum der Unruhe, angebotene Maßnahmen und deren Wirksamkeit immer dokumentieren.

47 Weglauftendenz

Versorgte Person versucht die Einrichtung zu verlassen

STATT: Wollte weglaufen.

BESSER: Die versorgte Person äußerte um 11:15 Uhr wiederholt den Wunsch, „nach Hause" zu gehen. Versuchte um 11:30 Uhr den Haupteingang zu passieren. Pflegekraft begleitete ihn beruhigend und lenkte ihn zum Beschäftigungsbereich um. Kein Sturz. PFK informiert, Sicherheitsmaßnahmen überprüft, Maßnahme im Betreuungsplan vermerkt.

Dokumentationstipp: Konkrete Aussagen der versorgten Person in Anführungszeichen dokumentieren.

48 Zeitliche Desorientierung

Versorgte Person örtlich und zeitlich nicht orientiert

STATT: Wusste nicht wo sie ist.

BESSER: Die versorgte Person äußerte um 09:00 Uhr Unsicherheit bezüglich ihres Aufenthaltsortes, glaubte sich in ihrer früheren Wohnung. Zeitliche Orientierung nicht vorhanden (glaubte, es sei 1980). Ruhige Orientierungshilfe angeboten, die versorgte Person beruhigte sich. Vertraute Gegenstände in Sichtweite positioniert.

Dokumentationstipp: Orientierungshilfen und deren Wirkung dokumentieren – für Pflegeplan relevant.

49 Wiederholte Fragen

Versorgte Person stellt dieselbe Frage wiederholt

STATT: Hat immer wieder dasselbe gefragt.

BESSER: Die versorgte Person erkundigte sich zwischen 10:00 und 12:00 Uhr ca. 8–10 Mal nach dem Verbleib seiner Frau (verstorben 2018). Jede Frage wurde ruhig und geduldig beantwortet. Die versorgte Person zeigte nach Antwort kurze Beruhigung. Angehörige über aktuellen Verlauf informiert. Biografiebuch als Ablenkungshilfe angeboten.

Dokumentationstipp: Anzahl der Wiederholungen und Reaktionen auf Antworten festhalten.

50 Positive Reaktion auf Biografiearbeit

Biografische Beschäftigung wirksam

STATT: Hat heute gut reagiert auf Fotos.

BESSER: Die versorgte Person reagierte auf Familienfotos aus den 1960ern mit sichtlicher Freude: Lächeln, aktives Zeigen auf Personen, spontane Namensnennungen. Beschäftigung dauerte 35 Minuten. Anschließend entspannte und ruhige Stimmung. Maßnahme als wirksam dokumentiert, im Betreuungsplan empfohlen.

Dokumentationstipp: Wirksame biografische Maßnahmen in den Betreuungsplan aufnehmen.

51 Tag-Nacht-Umkehr

Versorgte Person schläft tagsüber, nachts wach

STATT: Schläft immer tagsüber.

BESSER: Die versorgte Person schlief heute zwischen 08:00 und 16:00 Uhr fast durchgehend. Versuche zur Tagesstrukturierung (Aufstehen zum Frühstück, Sitzaktivitäten) wurden abgelehnt. Nachts aktiv und unruhig (Nachtprotokoll). HA und Bezugsperson informiert, Tagesstrukturplan überarbeitet.

Dokumentationstipp: Tag-Nacht-Umkehr frühzeitig ansprechen – beeinflusst Pflegeplanung erheblich.

52 Orientierungshilfen

Strukturmaßnahmen für Orientierung eingesetzt

STATT: Hat sich nicht ausgekannt.

BESSER: Die versorgte Person zeigte zeitliche Desorientierung. Maßnahmen durchgeführt: großes Datum und Uhrzeit an der Wand aktualisiert, Tageskalender besprochen, Fotos von Angehörigen in Sichtweite positioniert. Die versorgte Person äußerte nach 15 Minuten, sie wisse jetzt, wo sie sei. Maßnahme im Betreuungsplan verankert.

Dokumentationstipp: Orientierungshilfen systematisch einsetzen und deren Wirkung dokumentieren.

Verhalten

53 Verbale Ablehnung bei Pflege

Versorgte Person lehnt Pflegemaßnahme verbal ab

STATT: War wieder aggressiv.

BESSER: Die versorgte Person äußerte bei der Körperpflege (08:30 Uhr) laut und deutlich: „Lassen Sie mich in Ruhe!" und zog beide Arme zurück. Pflegemaßnahme unterbrochen, die versorgte Person 10 Minuten Ruhepause gegönnt. Erneuter Versuch um 09:00 Uhr: Die versorgte Person kooperierte nach ruhiger Ansprache. Pflegemaßnahme abgeschlossen.

Dokumentationstipp: Nie „aggressiv" schreiben – konkrete beobachtbare Handlungen beschreiben.

54 Maßnahme endgültig abgelehnt

Versorgte Person verweigert Pflegemaßnahme dauerhaft

STATT: Hat Duschen abgelehnt, konnten nichts machen.

BESSER: Die versorgte Person lehnte Duschen heute um 10:00 Uhr erneut ab. Ablehnung verbal und eindeutig. Autonomie der versorgten Person respektiert. Schonende Körperpflege im Bett als Alternative angeboten und durchgeführt. Die versorgte Person kooperierte dabei. PFK und HA informiert, Ablehnungsdokumentation ausgefüllt.

Dokumentationstipp: Alternativen anbieten und dokumentieren – zeigt fachliches Vorgehen.

55 Sozialer Rückzug

Versorgte Person zieht sich aus sozialen Aktivitäten zurück

STATT: Will nicht mehr mitmachen.

BESSER: Die versorgte Person lehnte heute die Teilnahme an Gruppenaktivitäten (Singen, Gedächtnistraining) ab. Blieb freiwillig im Zimmer. Äußerte, „müde" zu sein. Einzelkontakt durch Pflegekraft um 14:00 Uhr: 15-minütiges ruhiges Gespräch. Die versorgte Person wirkte entspannt. PFK informiert, psychologische Fachkraft verständigt.

Dokumentationstipp: Rückzug beobachten, ansprechen und Unterstützungsangebote dokumentieren.

56 Gute Kooperation

Versorgte Person arbeitet bei Pflege gut mit

STATT: Hat super mitgemacht.

BESSER: Die versorgte Person kooperierte vollständig bei Morgentoilette, Mobilisation und Medikamenteneinnahme. Äußerte Wohlbefinden und Dankbarkeit. Keine Auffälligkeiten. Selbstständige Essensaufnahme zum Frühstück. Allgemeiner Zustand stabil und unauffällig.

Dokumentationstipp: Positive Verläufe dokumentieren – wichtig als Vergleichsbasis bei Zustandsänderungen.

57 Stimmungsschwankungen

Versorgte Person zeigt wechselnde Stimmungen

STATT: War mal gut drauf mal nicht.

BESSER: Die versorgte Person zeigte heute morgen (08:00–10:00 Uhr) ausgeglichene Stimmungslage. Gegen Mittag (12:30 Uhr) plötzlicher Stimmungsabfall: Weinen ohne äußerlichen Anlass, zog sich ins Zimmer zurück. Auf Ansprache keine Äußerung von Beschwerden. PFK informiert. Hausarzt über wiederkehrende Stimmungsschwankungen in Kenntnis gesetzt.

Dokumentationstipp: Uhrzeiten der Stimmungsänderungen dokumentieren – hilft bei Ursachenfindung.

58 Nachtunruhe

Versorgte Person schläft nachts nicht

STATT: Hat die ganze Nacht nicht geschlafen.

BESSER: Die versorgte Person zeigte von 23:00 bis 04:00 Uhr wiederholt Unruhe: Klingeln alle 30–45 Minuten, Aufstehversuche. Kein Schmerzausdruck, kein Weinen. Zweimaliger Toilettengang. Ruhigere Musik angeboten (um 01:00 Uhr), kurzzeitige Beruhigung. HA am Morgen informiert. Schlafprotokoll begonnen.

Dokumentationstipp: Schlafprotokoll führen bei wiederholten Nächten mit Unruhe.

59 Trauer und Weinen

Versorgte Person weint und trauert

STATT: War traurig heute.

BESSER: Die versorgte Person weinte um 15:00 Uhr und äußerte Sehnsucht nach seiner verstorbenen Ehefrau (Todestag war gestern). Pflegekraft verblieb 20 Minuten beim die versorgte Person, hörte zu. Die versorgte Person äußerte nach Gespräch Erleichterung. Seelsorger informiert, Besuch morgen vereinbart. Angehörige benachrichtigt.

Dokumentationstipp: Trauer ernst nehmen und Unterstützungsmaßnahmen dokumentieren.

60 Misstrauen gegenüber Pflegepersonen

Versorgte Person misstraut Pflegekräften

STATT: Traut uns nicht.

BESSER: Die versorgte Person äußerte um 08:30 Uhr Misstrauen gegenüber der Pflegekraft: „Sie wollen mir etwas wegnehmen." Pflegemaßnahme unterbrochen, ruhige Erklärung angeboten. Bezugspflegerin herbeigerufen, Maßnahme mit ihr abgeschlossen. Psychologischen Fachdienst informiert.

Dokumentationstipp: Bezugspflege bei Misstrauensäußerungen einsetzen und dokumentieren.

Medikament

61 Medikamenteneinnahme erfolgt

Medikamente planmäßig eingenommen

STATT: Medikamente genommen.

BESSER: Morgenmedikation um [Uhrzeit] Uhr lt. Medikationsplan vollständig eingenommen. Die versorgte Person schluckte alle Tabletten problemlos mit Wasser. Keine Auffälligkeiten nach der Einnahme. Handzeichen im Medikamentenblatt erfolgt.

Dokumentationstipp: Einnahme sofort abzeichnen, kein Nachtrag nach Stunden.

62 Medikamenteneinnahme verweigert

Versorgte Person verweigert Medikamente

STATT: Hat Tabletten nicht nehmen wollen.

BESSER: Die versorgte Person lehnte um [Uhrzeit] Uhr die Morgenmedikation ab: „Die schmecken eklig." Gründe erfragt, Medikation später erneut angeboten. HA um [Uhrzeit] Uhr informiert, Rückmeldung: [Rückmeldung]. [Ggf. Angehörige/Betreuung informiert.] Ablehnung im Medikamentenblatt dokumentiert. Erneuter Versuch um [Uhrzeit] Uhr: Einnahme erfolgt.

Dokumentationstipp: Grund der Ablehnung und alle Lösungsversuche festhalten.

63 Nebenwirkung beobachtet

Mögliche Nebenwirkung nach Medikamentengabe

STATT: Hat nach der Tablette komisch ausgesehen.

BESSER: Ca. [x] Minuten nach Einnahme von [Präparat, Dosis lt. Anordnung] um [Uhrzeit] Uhr äußerte die versorgte Person Übelkeit und Magenbeschwerden. Kein Erbrechen. Vitalzeichen: [Werte]. HA um [Uhrzeit] Uhr telefonisch informiert, Anordnung: [Anordnung des Arztes]. Reaktion im Medikamentenblatt vermerkt.

Dokumentationstipp: Zeit zwischen Einnahme und Reaktion sowie die Art der Nebenwirkung genau angeben.

64 Bedarfsmedikation verabreicht

Bedarfsmedikament nach Anforderung gegeben

STATT: Schmerzmedis gegeben.

BESSER: Die versorgte Person äußerte um [Uhrzeit] Uhr Kopfschmerzen (NRS [x]/10). Bedarfsmedikation lt. ärztlicher Anordnung verabreicht: [Präparat, Einzeldosis, Applikationsweg]. Tageshöchstmenge lt. Anordnung beachtet. Wirksamkeitskontrolle um [Uhrzeit] Uhr: NRS [x]/10, [Beobachtung]. Handzeichen im Medikamentenblatt.

Dokumentationstipp: Immer Anlass, Einzeldosis, Uhrzeit und Wirkung dokumentieren.

65 Arzt über Medikament informiert

Rücksprache mit Arzt wegen Medikament

STATT: Dem Arzt Bescheid gesagt wegen den Medis.

BESSER: Insulingabe um [Uhrzeit] Uhr: [Insulinart] [x] IE s.c. lt. ärztlicher Anordnung. BZ vor der Gabe ([Uhrzeit] Uhr): [Wert] mg/dl. Injektionsstelle: [Stelle, Wechsel nach Rotationsplan], Einstichstelle unauffällig. Mahlzeit: [Zeitpunkt/Menge]. Injektion ohne Beschwerden toleriert. BZ-Kontrolle um [Uhrzeit] Uhr: [Wert] mg/dl. [Ggf. HA informiert, da Wert außerhalb des Zielbereichs lt. Anordnung.]

Dokumentationstipp: BZ-Wert, Dosis, Injektionsstelle und, wo angeordnet, Kontrollwert immer festhalten.

66 Schluckbeschwerden bei Tabletteneinnahme

Tabletten können nicht geschluckt werden

STATT: Kann Tabletten nicht schlucken.

BESSER: Die versorgte Person zeigte Würgereiz beim Schlucken der Abendtabletten. Erneuter Versuch mit Wasser und Brotschnitte erfolglos. HA informiert: Genehmigung zur Zerkleinerung einer Tablette, zweite muss als Saft-Form bestellt werden. Apotheke verständigt. Einnahme heute ausgesetzt, HA informiert.

Dokumentationstipp: Nie Tabletten ohne ärztliche Genehmigung zerkleinern oder in Flüssigkeit auflösen.

67 Insulingabe

Insulin subkutan appliziert

STATT: Insulin gespritzt.

BESSER: HA um [Uhrzeit] Uhr informiert: Die versorgte Person zeigt seit [x] Tagen [Beobachtung, z. B. trockenen Reizhusten] nach Einnahme von [Präparat]. Anordnung des HA: [Anordnung]. Die versorgte Person über die Veränderung informiert. Neue Anordnung liegt vor: [ja/nein, Datum].

Dokumentationstipp: Arztinformation immer mit Uhrzeit, Anlass und Ergebnis dokumentieren.

Mobilität

68 Transfer Bett-Rollstuhl

Transfer mit Hilfsmitteln durchgeführt

STATT: In den Rollstuhl gesetzt.

BESSER: Transfer Bett-Rollstuhl um 09:00 Uhr durchgeführt: Rutschbrett eingesetzt, die versorgte Person aktiv an Transfer beteiligt (Oberkörper selbstständig aufgerichtet). Transfer verlief sicher, ohne Zwischenfälle. Die versorgte Person äußerte keine Schmerzen. Sitzposition im Rollstuhl korrekt eingestellt.

Dokumentationstipp: Hilfsmittel und Eigenaktivität beim Transfer immer dokumentieren.

69 Mobilisation durchgeführt

Planmäßige Mobilisation im Rahmen der Pflege

STATT: Mobilisiert worden.

BESSER: Mobilisationsmaßnahme lt. Pflegeplan um 10:30 Uhr: Die versorgte Person stand mit Unterstützung einer Pflegekraft auf, 5 Schritte zum Sessel, dort 45 Minuten gesessen. Kein Schwindel, keine Schmerzangaben. Die versorgte Person äußerte Zufriedenheit über das Aufstehen. Sitzposition stündlich kontrolliert.

Dokumentationstipp: Schrittanzahl und Distanz angeben – ermöglicht Verlaufsbeurteilung.

70 Gangunsicherheit

Versorgte Person zeigt unsicheres Gangbild

STATT: Läuft unsicher.

BESSER: Die versorgte Person zeigte beim Gang vom Zimmer zum Speisesaal deutliche Gangunsicherheit: kleine Schritte, Schwanken nach rechts, zweimaliges Festhalten am Handlauf. Kein Sturz. PFK informiert. Physiotherapeut verständigt, Gangassessment angeordnet. Die versorgte Person bis auf Weiteres beim Gehen begleiten.

Dokumentationstipp: Gangbild konkret beschreiben: Schrittbreite, Schwanken, Hilfsmittelnutzung.

71 Rollatornutzung

Versorgte Person nutzt Rollator selbstständig

STATT: Hat mit Rollator laufen können.

BESSER: Die versorgte Person bewegte sich heute zwischen 10:00 und 11:00 Uhr selbstständig mit Rollator im Stationsflur (ca. 3x Länge). Gangbild sicher, aufrechte Haltung, kein Schwanken. Kein Sturz. Die versorgte Person äußerte Freude über die Bewegung. Rollatorhöhe korrekt eingestellt, Räder geprüft.

Dokumentationstipp: Sicherheit beim Rollatorgebrauch und Zustand des Hilfsmittels prüfen und dokumentieren.

72 Selbstständige Mobilität

Versorgte Person ist mobil ohne Unterstützung

STATT: Kann selbst laufen.

BESSER: Die versorgte Person zeigte heute vollständige Mobilität ohne Hilfsmittel oder personelle Unterstützung. Weg vom Zimmer zum Speisesaal (ca. 30m) sicher und sicheren Schrittes zurückgelegt. Keine Auffälligkeiten. Mobilität entspricht dem Stand laut Pflegeplan.

Dokumentationstipp: Erhalt von Selbstständigkeit aktiv dokumentieren – wichtig für Pflegegradumstufung.

73 Physiotherapie

Ergebnis einer Physiotherapieeinheit

STATT: Hat Physio gehabt.

BESSER: Physiotherapie um 10:00–10:45 Uhr durchgeführt. Schwerpunkt: Gangschulung mit Rollator. Die versorgte Person schaffte 5 Meter mehr als Vortag. Physiotherapeutin dokumentierte: Verbesserung Gleichgewicht. Abschlussbericht im Pflegeordner abgelegt.

Dokumentationstipp: Ergebnisse therapeutischer Einheiten im Pflegebericht zusammenfassen.

74 Kontrakturprophylaxe

Gelenkmobilisation zur Kontrakturvorbeugung

STATT: Gelenke mobilisiert.

BESSER: Kontrakturprophylaxe lt. Pflegeplan: passive Mobilisation beider Hüftgelenke, Kniegelenke und Sprunggelenke (je 5 Wiederholungen). Die versorgte Person tolerierte Übungen gut, kein Schmerz geäußert. Gelenke zeigen ausreichende Beweglichkeit, keine neuen Einschränkungen.

Dokumentationstipp: Bewegungsumfang der Gelenke in der Pflegeplanung dokumentieren.

75 Rollstuhlversorgung

Rollstuhl angepasst und überprüft

STATT: Rollstuhl gecheckt.

BESSER: Rollstuhlkontrolle und Anpassung um 11:00 Uhr: Sitzkissen korrekt positioniert (Druckentlastung), Fußrasten auf Körpergröße eingestellt, Bremsen geprüft (i.O.), Reifen ausreichend aufgepumpt. Die versorgte Person sitzt aufrecht, keine Druckstellen. Ergotherapeutin informiert über Schulterproblematik.

Dokumentationstipp: Rollstuhlüberprüfung regelmäßig dokumentieren – Hilfsmittelpflege ist Pflegeaufgabe.

Körperpflege

76 Duschen, ohne Besonderheiten

Versorgte Person wurde geduscht

STATT: Dusche.

BESSER: Die versorgte Person wurde um [Uhrzeit] Uhr geduscht, Hilfe beim Waschen von Rücken und Beinen. Haut intakt, keine Auffälligkeiten. Hautpflege erfolgt. Die versorgte Person zufrieden.

Dokumentationstipp: Kurz halten. Wichtig sind Uhrzeit, Art der Hilfe und der Hautzustand.

77 Körperpflege abgelehnt

Versorgte Person lehnt die Körperpflege ab

STATT: Wollte nicht.

BESSER: Die versorgte Person lehnte um [Uhrzeit] Uhr die Körperpflege ab („Ich will heute nicht“). Gründe erfragt, keine Angabe. Um [Uhrzeit] Uhr erneut angeboten, Teilwäsche (Gesicht, Hände) akzeptiert. Ganzkörperpflege morgen erneut anbieten. PFK informiert.

Dokumentationstipp: Angebot, Ablehnung und erneuten Versuch festhalten. So ist die Selbstbestimmung erkennbar.

78 Zähneputzen abgelehnt

Versorgte Person lehnt die Mundpflege ab

STATT: Zähne nicht geputzt.

BESSER: Die versorgte Person lehnt Zähneputzen ab („Das mach ich später selbst“). Mundspülung angeboten, wurde angenommen. Später erneut angeboten. Mundschleimhaut ohne sichtbare Auffälligkeiten.

Dokumentationstipp: Wenn möglich den genannten Grund in der Aussage der Person festhalten.

79 Intimpflege verweigert

Versorgte Person möchte nicht von einem Mann gepflegt werden

STATT: Intimpflege verweigert.

BESSER: Die versorgte Person lehnte um [Uhrzeit] Uhr die Intimpflege durch mich ab. Auf Nachfrage: „Das möchte ich nicht von einem Mann.“ Wunsch respektiert, Kollegin übernahm um [Uhrzeit] Uhr die Intimpflege. Die versorgte Person zeigte sich erleichtert. Wunsch in der Pflegeplanung ergänzt.

Dokumentationstipp: Wünsche zur Intimpflege (z. B. Geschlecht der Pflegeperson) in die Pflegeplanung übernehmen.

80 Haarwäsche beim Duschen abgelehnt

Versorgte Person möchte die Haare nicht waschen lassen

STATT: Haare nicht gewaschen.

BESSER: Die versorgte Person wurde um [Uhrzeit] Uhr geduscht, Haarwäsche lehnte er ab: „Das Wasser im Gesicht mag ich nicht." Haare am Waschbecken mit Waschlappen und Haarwaschschaum gereinigt, wurde akzeptiert. Kopfhaut unauffällig.

Dokumentationstipp: Den genannten Grund festhalten, daraus lässt sich eine bessere Lösung planen.

81 Füße eingecremt

Hautpflege der Füße

STATT: Füße.

BESSER: Füße um [Uhrzeit] Uhr gewaschen und eingecremt. Haut trocken, Fersen leicht schuppig, keine Rötung oder offene Stellen. Zehenzwischenräume trocken, nicht eingecremt.

Dokumentationstipp: Zehenzwischenräume und Fersen kurz mit benennen, dann ist die Inspektion nachvollziehbar.

82 Beim Rasieren geschnitten

Kleine Verletzung bei der Rasur

STATT: Hat sich geschnitten.

BESSER: Die versorgte Person schnitt sich um [Uhrzeit] Uhr beim Rasieren am Kinn (ca. [x] cm). Blutung kurz, nach Druck gestillt, Wunde gereinigt und desinfiziert, Pflaster angelegt. Keine Schmerzen angegeben. Wunde bei der nächsten Pflege kontrollieren.

Dokumentationstipp: Ort, Größe und Versorgung benennen. Bei Antikoagulation oder starker Blutung zusätzlich Arzt informieren.

83 Dusche abgelehnt, Haut gerötet

Versorgte Person duscht nicht, Hautbeobachtung bei der Waschung

STATT: Haut gerötet.

BESSER: Die versorgte Person lehnte um [Uhrzeit] Uhr die Dusche ab, Waschung im Bett akzeptiert. Haut an der Ferse links gerötet, nicht wegdrückbar, sonst intakt. PFK informiert, Ferse entlastet.

Dokumentationstipp: Hautbeobachtung beim Waschen immer mit dokumentieren, bei Rötungen mit den Dekubitus-Beispielen weiterarbeiten.