Vorlagenpaket für den Pflegealltag

Sechs leere Vorlagen zum Ausdrucken und Ausfüllen: für Übergabe, Pflegebericht, Schmerzerfassung, Evaluation, Maßnahmenplanung und den Pflegeprozess auf einer Seite.

INHALT

1 · Übergabebogen (SBAR)
Tabelle für die Schichtübergabe nach Situation, Hintergrund, Einschätzung, Empfehlung.

2 · Formulierungskarte
„Statt … besser …“: sachliche Formulierungen für den Pflegebericht.

3 · Schmerzverlauf (NRS)
Verlaufsbogen mit Wert in Ruhe, bei Bewegung und nach der Maßnahme.

4 · Evaluationsbogen
Ziel, Ist-Zustand, Bewertung, Anpassung und nächster Termin.

5 · Maßnahmenplanung
Muster mit den Fragen was, wie, wann, wer und Bezug zum Ziel.

6 · Pflegeprozess auf einer Seite
Die sechs Schritte, PES-Format und SMART-Ziele zum Aufhängen.

BITTE BEACHTEN

Trage keine Klarnamen, Geburtsdaten oder Diagnosen in diese Vorlagen ein, wenn sie nicht in einem geschützten Bereich deiner Einrichtung aufbewahrt werden. Nutze Zimmernummer oder Kürzel und halte dich an die Vorgaben deiner Einrichtung. Die Vorlagen sind Formulierungs- und Arbeitshilfen und ersetzen weder Dokumentationssystem noch fachliche Beurteilung der Pflegefachperson.

Kostenlos nutzbar und für den Einsatz in deinem Team frei kopierbar. Mehr Werkzeuge, Rechner und der Lernpfad Pflegeprozess auf dokuhelfer.de.

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

Datum _____ Schicht _____ Wohnbereich _____ Kürzel Übergebende/r _____

Zimmer / Kürzel	S · Situation	B · Hintergrund	A · Einschätzung	R · Empfehlung

Statt Bewertung: Beobachtung

Schreib auf, was du gesehen, gehört oder gemessen hast. Wertungen, Etiketten und Vermutungen gehören nicht in den Bericht.

× Bewohnerin ist heute wieder schwierig.
✓ Bewohnerin lehnt die Körperpflege ab und sagt, sie sei müde.

× trinkt schlecht
✓ trank bis 18 Uhr etwa 400 ml

× will nur Aufmerksamkeit
✓ klingelt zwischen 22 und 24 Uhr viermal, äußert Einsamkeit

× Allgemeinzustand unverändert
✓ Isst zwei Drittel des Frühstücks, mobilisiert mit Rollator ohne Hilfe zum Bad

× Schmerzen
✓ gibt Schmerz im linken Knie an, NRS 5/10 bei Bewegung, 2/10 in Ruhe

× ist verwirrt
✓ ist zeitlich nicht orientiert, nennt falsches Datum, erkennt Tochter

× Maßnahme durchgeführt
✓ Toilettengang um 2 Uhr angeboten, Bewohnerin lehnte ab, Orientierungslicht an

MERKSÄTZE

Was habe ich **beobachtet**, gehört oder gemessen?	Was habe ich **getan** und wie hat die Person reagiert?
Was ist **anders** als sonst?	Was soll die nächste Schicht **beachten**?

Zimmer / Kürzel _____ Schmerzort _____ Beginn _____

NRS 0 bis 10: 0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz. Die Person nennt ihren Wert selbst. Üblich: 1 bis 3 leicht, 4 bis 6 mäßig, 7 bis 10 stark. Bei Menschen, die sich nicht äußern können, braucht es eine geeignete Fremdeinschätzung nach Standard deiner Einrichtung.

Datum / Uhrzeit	NRS Ruhe	NRS Bewegung	Beobachtung / Maßnahme	NRS danach	Kürzel

Zimmer / Kürzel _____ Datum der Evaluation _____ Kürzel _____

PFLEGEPROBLEM

ZIEL (MIT ZIELDATUM)

IST-ZUSTAND ZUM EVALUATIONSZEITPUNKT

BEWERTUNG

Ziel: ☐ erreicht ☐ teilweise erreicht ☐ nicht erreicht **Maßnahmen:** ☐ wirksam ☐ teilweise ☐ nicht wirksam

GRÜNDE UND EINSCHÄTZUNG

ANPASSUNG DER PLANUNG

Nächste Evaluation am _____ Abgestimmt mit _____

Zimmer / Kürzel _____ Ziel / Wunsch der Person _____ Gültig ab _____

Eine Maßnahme ist konkret, wenn jede Pflegende sie gleich ausführen kann: **Was** wird getan, **wie**, **wann oder wie oft** und **wer** macht es?

Was	Wie	Wann / wie oft	Wer	Bezug (Ziel, Risiko)

Der Pflegeprozess in sechs Schritten

Modell nach Fiechter und Meier. Das WHO-Modell fasst zusammen: Informationssammlung, Planung, Durchführung, Evaluation.

1	**Informationssammlung** Was weiß ich über die Person? · Pflegeanamnese, Stammblatt, SIS
2	**Probleme und Ressourcen erkennen** Was braucht die Person, was kann sie selbst? · Pflegeprobleme, Pflegediagnosen
3	**Ziele setzen** Was soll erreicht werden, bis wann? · Pflegeplanung
4	**Maßnahmen planen** Was, wie, wann, wer? · Pflegeplanung, Maßnahmenplanung
5	**Durchführen und berichten** Was habe ich getan, wie hat die Person reagiert? · Pflegebericht, Berichteblatt
6	**Evaluieren** Wurde das Ziel erreicht, haben die Maßnahmen gewirkt? · Evaluation, Anpassung

PES-FORMAT

P Problem: Was ist das Pflegeproblem?
E Ätiologie: Was ist die Ursache?
S Symptome: Woran erkenne ich es?

Beispiel: Sturzgefahr beim nächtlichen Toilettengang, bedingt durch Dunkelheit und Rollator außer Reichweite, erkennbar an einem Beinahe-Sturz vor drei Wochen.

SMART-ZIELE

S spezifisch · **M** messbar · **A** akzeptiert
R realistisch · **T** terminiert

Die Bedeutung der Buchstaben unterscheidet sich je nach Lehrbuch. Das Ziel beschreibt, was die Person erreicht, nicht, was die Pflegenden tun.

STRUKTURMODELL

Vier Elemente: **SIS** (Einstieg aus Sicht der Person, sechs Themenfelder, Risikomatrix), **Maßnahmenplanung**, **Berichteblatt** (Abweichungen und besondere Ereignisse) und **Evaluation**.

Ausführlich mit Beispielen: dokuhelfer.de/pflegeprozess