

## 1. Klient/-in

Frau/Herr: .....

geb. am / in: .....

Vers.Nr: ..... Versicherung: .....

wohnhaft in: .....

Telefon: ..... Datum: .....

## 2. Betreuer/-in #1

Frau/Herr: ..... Handzeichen: .....

geb. am / in: .....

Soz.Vers.Nr: ..... Versicherung: .....

wohnhaft in: .....

Telefon: ..... Datum: .....

## 3. Betreuer/-in #2

Frau/Herr: ..... Handzeichen: .....

geb. am / in: .....

Soz.Vers.Nr: ..... Versicherung: .....

wohnhaft in: .....

Telefon: ..... Datum: .....

## 4. Careforce - Qualitätssicherung

DGKP Roland Kriegleder: ☎ 0043 680 128 23 92 Handzeichen: .....

DGKS Liliana Simkova: ☎ 0043 664 280 44 63 Handzeichen: .....

Frau/Herr: ..... Vers.Nr: ..... geb. am: .....

**Careforce:**

Wolfgang Kriegleder (Geschäftsführer): ☎ 0043 699 106 22 869

DGKP Roland Kriegleder (Pflegermanagement): ☎ 0043 680 128 23 92

DGKS Liliana Simkova (Pflegermanagement): ☎ 0043 664 280 44 63

**Angehörige** (gegebenenfalls Sachwalter):

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

**Hausarzt:** .....

andere Ärzte: .....

.....  
.....

**Firmen für Service und Pflegebedarf:** .....

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

## Notfälle:

Rettung Notruf: ☎ 0043 144

Ärzte-Notdienst: ☎ 0043 141

Polizei Notruf: ☎ 0043 133

Zahnarzt-Notdienst: ☎ 0043 505 11

Feuerwehr Notruf: ☎ 0043 122

Apotheken-Notdienst: ☎ 0043 14 55

Sonstige: .....

.....

## Haustechnische Dinge:

Hausmeister: .....

Hausverwaltung: .....

Rauchfangkehrer: .....

Gas-Notruf: ☎ 0043 122      Störungen: ☎ 0043 1 40 128-88

Strom-Notruf: ☎ 0800 500 600

Schlüssel-Notdienst: .....

Installateur-Notdienst: ☎ 0043 1 892 81 66

## Sonstige Kontakte:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Frau/Herr: ..... Vers.Nr: ..... geb. am: .....

**Allergien:** .....

**Infektionen:** .....

**Einschränkungen:**  sehen |  hören |  Bewegung |  sonstige: .....

.....

.....

**Allgemein:**

Familienstand / Kinder / Angehörige: .....

.....

Beruf / ehemaliger Beruf: .....

Vorlieben / Hobbies / Fähigkeiten: .....

.....

Sonstiges: .....

**tägliche Gewohnheiten:**

• **Essen & Trinken:** Besonderheiten:  nein |  ja

Vorlieben: .....

.....

was auf keinen Fall: .....

Unverträglichkeiten: ▶▶ welche?: .....

Nahrungallergien: ▶▶ welche?: .....

Fortsetzung auf der Rückseite ▶▶

• **Körperpflege:** Besonderheiten:  nein |  ja

Gewohnheiten: .....

.....

• **An- und Auskleiden:** Besonderheiten:  nein |  ja

Gewohnheiten: .....

.....

• **Bewegung:** Besonderheiten:  nein |  ja

mobil |  Gehhilfe |  Rollator |  Rollstuhl |  bettlägrig (mobil) |  bettlägrig (immobil)

Hinweise: .....

.....

• **Schlafgewohnheiten:** Besonderheiten:  nein |  ja

Hinweise: .....

.....

• **Harn & Stuhl:** Besonderheiten:  nein |  ja

Harninkontinenz: ▶▶ Hilfsmittel: .....

Stuhlinkontinenz: ▶▶ Hilfsmittel: .....

Bemerkungen: .....

• **sonst. Gewohnheiten:** Besonderheiten:  nein |  ja

Alkohol: ▶▶ welchen/wie oft?: .....

Zigaretten: ▶▶ wie viel?: .....

Andere: .....

**Notizen:**

Frau/Herr: ..... Vers.Nr: ..... geb. am: .....

**Allergien:** .....

**Infektionen:** .....

• **BMI:**                      Gewicht: ..... kg      Größe: ..... cm      dominante Hand:  rechts |  links

• **Bewusstseinszustand:**  normal |  dement |  somnolent |  komatös | .....

• **Ernährungszustand:**  normal |  adipös |  mager |  kachektisch | .....

• **Zunge/Schleimhaut:**  normal |  belegt |  trocken | .....

Bemerkungen: .....

• **Grunderkrankungen:**  nein |  ja

Blutdruckprobleme:    ▶▶ welche?: .....

Herz-/Kreislauf:        ▶▶ welche?: .....

Durchblutungs-Erkr.:   ▶▶ welche?: .....

Diabetes:                ▶▶  DM I |  DM II      Insulinpflichtig:  nein |  ja

Ödeme/Lymphstau:      ▶▶ wo?: .....

Krebserkrankung:      ▶▶ welche?: .....

Neurologische Erkr.:   ▶▶ welche?: .....

Leber, Niere, Lunge:   ▶▶ welche?: .....

Gelenke:                ▶▶ welche?: .....

Auffällige Blutwerte:   ▶▶ welche?: .....

Fortsetzung auf der Rückseite ▶▶

• andere Erkrankungen: .....

• Bemerkungen: .....

• Hautzustand pathologisch:  nein |  ja ▶ siehe Hautzustandsblatt ...

• Medikamente:  nein |  ja ▶ siehe Medikamentenblatt ...

• Medizinische Verordnungen:  nein |  ja ▶ siehe Ärztliche Anordnungen ...

Notizen: .....

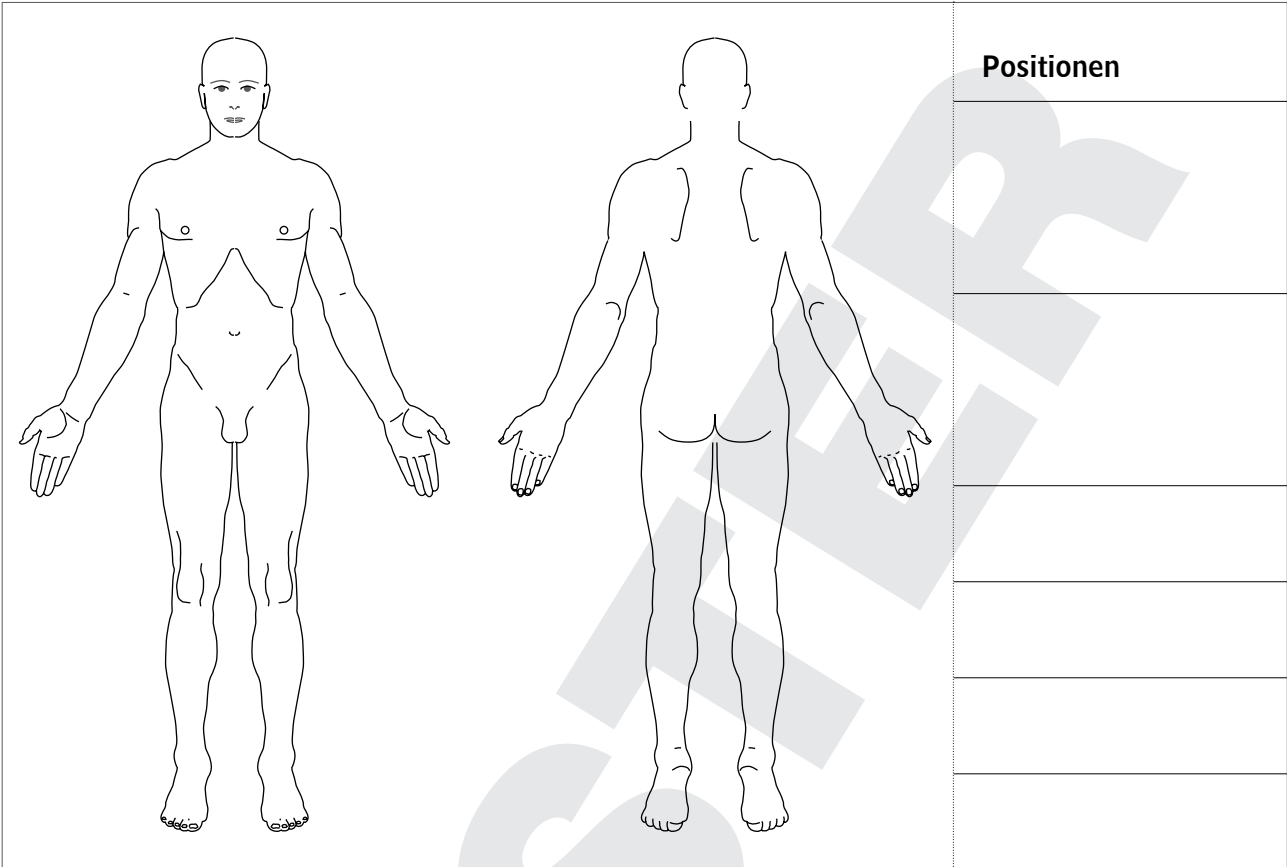








Frau/Herr: ..... Vers.Nr: ..... geb. am: .....



Datum	Position	Beschreibung	Pkt <sup>*)</sup>	Hz.

\*) Klassifizierung nach Norton

Frau/Herr: ..... Vers.Nr: ..... geb. am: .....

Punkte	4	3	2	1
<b>Bereitschaft zur Kooperation / Motivation</b>	voll	wenig	teilweise	keine
<b>Alter</b>	unter 10	unter 30	unter 60	über 60
<b>Hautzustand</b>	normal in Ordnung	schuppig trocken	feucht	Wunden Allergierisse
<b>Zusätzliche Erkrankungen</b>	keine	Abwehrschwäche Fieber Diabetes	MS Adipositas	Arterielle Ver- schlusskrankheit
<b>Körperlicher Zustand</b>	gut	mäßig	schlecht	sehr schlecht
<b>Geistiger Zustand</b>	klar	apathisch teilnahmslos	verwirrt	stumpfsinnig
<b>Aktivität</b>	geht ohne Hilfe	geht mit Hilfe	Rollstuhl-bedürftig	bettlägrig
<b>Beweglichkeit</b>	voll	kaum eingeschränkt	sehr eingeschränkt	voll eingeschränkt
<b>Inkontinenz</b>	keine	machmal	meistens Urin	Urin und Stuhl
<b>Zwischensumme</b>				
<b>GESAMT</b>				

24 - 25 Punkte > niedriges Dekubitus-Risiko

14 - 18 Punkte > hohes Dekubitus-Risiko

19 - 23 Punkte > mittleres Dekubitus-Risiko

09 - 13 Punkte > sehr hohes Dekubitus-Risiko

ab 26 Punkten aufwärts besteht kein Dekubitus-Risiko

Frau/Herr: ..... Vers.Nr: ..... geb. am: .....

**1. - Rückenlage:**

Klient/in liegt auf dem Rücken.  
 Der Kopfpolster ist angenehm positioniert.  
 Die Schultern sind je nach Wunsch teilweise unterpolstert.  
 Die Fersen sind freigelagert (> siehe Abbildung rechts).  
 Die Arme sind ggf. unterpolstert.  
 Die Füße sollen nicht überstreckt liegen (ggf. Polster einlegen)



**2. - Seitenlage (links/rechts):**

Klient/in liegt seitlich.  
 Der Rücken ist hinterpolstert um ein nach-hinten-kippen zu verhindern.  
 Die untere Arm ist nach vorne gerichtet und nach oben hin abgewinkelt.  
 Der obere Arm ist eventuell unterpolstert.  
 Das obere Bein ist nach vorne abgewinkelt und unterpolstert.  
 Das untere Bein ist ausgestreckt.

**3. - 30° Lagerung (links/rechts):**

2 große Polster werden zu "Schiffchen" gefaltet.  
 Ein Polster wird seitlich unter Rücken und Wirbelsäule gelegt.  
 Der zweite Polster unterstützt das höher liegende Bein.  
 Die Fersen sind freigelagert (siehe oben).  
 Die Füße sollen nicht überstreckt liegen (ggf. Polster einlegen)  
 > siehe Abbildung rechts



**4. - 135° Lagerung (links/rechts):**

2 große Polster werden benötigt.  
 Ein Polster wird seitlich unter den Oberkörper gelegt (siehe Abbildung).  
 Der zweite Polster unterstützt das höher liegende Bein und die Hüfte.  
 > siehe Abbildung rechts



Lagerungs-Wechsel alle      Minuten:      Datum:      Hz.:

**Reihenfolge** (falls nicht anders angegeben) : 1 - 2 li. - 2 re. - 3 li. - 3 re.





Frau/Herr: ..... Vers.Nr: ..... geb. am: .....

<b>Montag:</b>	
<b>Dienstag:</b>	
<b>Mittwoch:</b>	
<b>Donnerstag:</b>	
<b>Freitag:</b>	
<b>Samstag:</b>	
<b>Sonntag:</b>	







