



RK-Schwesternschaft Oranien e.V.



Aus Liebe zum Menschen.

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Pflegerischer Kurzbericht**

| <b>Körperpflege</b>                             | Beaufsichtigung          | Anleitung                | teilweise Übernahme      | Vollständige Übernahme   | Wie oft täglich |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| 1. Waschen                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ( )             |
| 2. Duschen/ Baden                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ( )             |
| 3. Zahn-/ Gebiss-/ Mundpflege                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ( )             |
| 4. Frisieren                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ( )             |
| 5. Rasieren                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ( )             |
| 6. Blasen-/ Darmentleerung                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ( )             |
| 7. Blaseninkontinenz                            | <input type="checkbox"/> | zeitweise                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dauernd ( )     |
| 8. Darminkontinenz                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ( )             |
| 9. Dauerkatheterversorgung                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ( )             |
| 9a. Letzter Katheterwechsel:                    | _____                    |                          |                          |                          |                 |
| 10. Anus-präter Versorgung                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ( )             |
| <b>Ernährung</b>                                | Beaufsichtigung          | Anleitung                | teilweise Übernahme      | Vollständige Übernahme   | Wie oft täglich |
| 11. Mundgerechte Zubereitung                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ( )             |
| 12. Nahrungsaufnahme                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ( )             |
| 13. Sondennahrung                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ( )             |
| <b>Mobilität</b>                                |                          |                          |                          |                          |                 |
| 14. An-/ auskleiden                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ( )             |
| 15. Aufstehen/ zu Bett gehen                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ( )             |
| 16. Gehen<br>(i.V. mit genannten Verrichtungen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ( )             |
| 17. Transfer (z.B. Bett/ Rollstuhl)             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ( )             |
| 18. Lagern<br>(z.B. regelmäßiges Umlagern)      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ( )             |

Bei Versorgung durch eine andere stationäre Einrichtung oder einen ambulanten Pflegedienst muss ein individueller Pflegbericht, aus dem die notwendige pflegerische Versorgung hervorgeht, mitgegeben werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift