

# BEWERTUNGSVERFAHREN

„Dekubitusprophylaxe und –therapie“



\_\_\_\_\_. Datum

## BEWERTENDER

Name, Vorname \_\_\_\_\_

## PATIENTENDATEN

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Hauskrankenpflege  Sozialstation  Pflegeheim  Sonstiges

Name, Anschrift \_\_\_\_\_

Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

## BEWERTUNG

<b>SENSORISCHE WAHRNEHMUNG</b> Fähigkeit, auf druckbedingtes Unbehagen bei der Lagerung sinnvoll zu reagieren	<b>A</b>	<b>vollständig beschränkt</b> <input type="checkbox"/> <b>1</b> Keine Antwort (kein Stöhnen, Zurückzucken, Greifen) auf Schmerzreiz entsprechend einer verminderten Bewusstseinslage oder Sedierung; beschränkte Fähigkeit, auf der überwiegenden Körperoberfläche Schmerz zu empfinden	<b>stark eingeschränkt</b> <input type="checkbox"/> <b>2</b> Antwort nur auf Schmerzreiz; kann Unbehagen nur durch Stöhnen und Unruhe äußern; sensorische Störung, die die Fähigkeit zur Schmerzempfindung auf mehr als die Hälfte der Körperoberfläche einschränkt	<b>leicht eingeschränkt</b> <input type="checkbox"/> <b>3</b> kommt verbalen Aufforderungen nach, kann jedoch nicht immer adäquat reagieren od. Unbehagen ausdrücken; sensorische Störung, die die Fähigkeit zur Schmerzempfindung an ein oder zwei Extremitäten einschränkt	<b>keine Einschränkung</b> <input type="checkbox"/> <b>4</b> kommt verbalen Aufforderungen nach, hat keine sensorischen Defizite, die die Fähigkeit zur Wahrnehmung und Äußerung von Schmerz oder Diskomfort einschränkt
	<b>FEUCHTIGKEIT</b> Grad, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist	<b>B</b>	<b>ständig feucht</b> <input type="checkbox"/> <b>1</b> die Haut ist nahezu ständig feucht durch Schweiß, Urin, etc.; Feuchtigkeit wird bei jeder Umlagerung festgestellt	<b>sehr feucht</b> <input type="checkbox"/> <b>2</b> die Haut ist häufig, aber nicht ständig feucht; Wäschewechsel mindestens einmal pro Schicht	<b>gelegentlich feucht</b> <input type="checkbox"/> <b>3</b> gelegentlich ist die Haut feucht und erfordert etwa einen zusätzlichen Wäschewechsel pro Tag
<b>AKTIVITÄT</b> Grad der physischen Aktivität	<b>C</b>	<b>bettlägerig</b> <input type="checkbox"/> <b>1</b> kann das Bett nicht verlassen	<b>sitzfähig</b> <input type="checkbox"/> <b>2</b> Gehfähigkeit stark eingeschränkt oder fehlend; kann sich nicht oder nicht ohne Hilfe in einen Sessel/Rollstuhl setzen	<b>gelegentlich gehfähig</b> <input type="checkbox"/> <b>3</b> geht gelegentlich am Tage, aber nur sehr kurze Strecken, mit oder ohne Hilfe; verbringt die meiste Zeit einer Schicht im Bett oder Sessel	<b>mobil</b> <input type="checkbox"/> <b>4</b> geht mindestens zweimal pro Tag außerhalb des Zimmers und innerhalb mindestens alle zwei Stunden über Tag
<b>BEWEGLICHKEIT</b> Fähigkeit, die Körperlage zu kontrollieren und zu verändern	<b>D</b>	<b>vollständig immobil</b> <input type="checkbox"/> <b>1</b> führt ohne Hilfe nicht einmal leichte Lageveränderungen des Körpers oder der Extremitäten aus	<b>stark eingeschränkt</b> <input type="checkbox"/> <b>2</b> führt gelegentlich leichte Lageveränderungen des Körpers oder der Extremitäten aus, ist aber nicht in der Lage, häufige oder deutliche Lageveränderungen ohne Hilfe auszuführen	<b>leicht eingeschränkt</b> <input type="checkbox"/> <b>3</b> führt häufige, aber leichte Lageveränderungen des Körpers/der Extremitäten aus ohne Hilfe	<b>keine Einschränkung</b> <input type="checkbox"/> <b>4</b> führt deutliche und häufige Lageveränderungen aus ohne Hilfe
<b>ERNÄHRUNG</b> Übliches Ernährungsverhalten	<b>E</b>	<b>stark eingeschränkt</b> <input type="checkbox"/> <b>1</b> isst nie eine vollständige Mahlzeit, selten mehr als 1/3; wenig Eiweiß und Flüssigkeit, keine diätische Zusatznahrung; parenterale Ernährung für mehr als 5 Tage	<b>eher eingeschränkt</b> <input type="checkbox"/> <b>2</b> isst selten ganze Mahlzeit, meist aber etwa 1/2 vom Angebot, wenig Eiweiß, gelegentlich Zusatzdiät; unzureichende Sonden-Ernährung	<b>adäquat</b> <input type="checkbox"/> <b>3</b> isst mehr als 1/2 jeder Mahlzeit, einiges an Eiweißprodukten, lässt selten eine Mahlzeit aus, nimmt aber Zusatzdiät; ausreichende Sonden-Ernährung	<b>ausgezeichnet</b> <input type="checkbox"/> <b>4</b> isst alle Mahlzeiten fast vollständig, lehnt keine ab, nimmt genügend Eiweißprodukte, gelegentlich Zwischenmahlzeiten; keine Zusatznahrung erforderlich
<b>REIBUNGS-, SCHERKRÄFTE</b>	<b>F</b>	<b>problematisch</b> <input type="checkbox"/> <b>1</b> erfordert max. Unterstützung bei allen Bewegungen, Heben ohne Reibung an der Wäsche nicht möglich, rutscht im Sessel/Bett herunter, Reibung durch Spastiken, Kontrakturen	<b>wenig problematisch</b> <input type="checkbox"/> <b>2</b> minimale Unterstützung bei allen Bewegungen, Heben mit weniger Reibung an der Wäsche, rutscht nur gelegentlich im Sessel/Bett herunter	<b>unproblematisch</b> <input type="checkbox"/> <b>3</b> keine Reibung, hat genügend Kraft für Eigenbewegungen, rutscht nicht im Sessel/Bett herunter und hält gut die Position	

**SUMME aus den Spalten A + B + C + D + E + F**

**Beurteilung:**

**17 – 23 Punkte geringes Risiko**

**12 – 16 Punkte mäßiges Risiko**

**≤ 11 Punkte hohes Risiko**

## INDIVIDUELLE BESONDERHEITEN

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

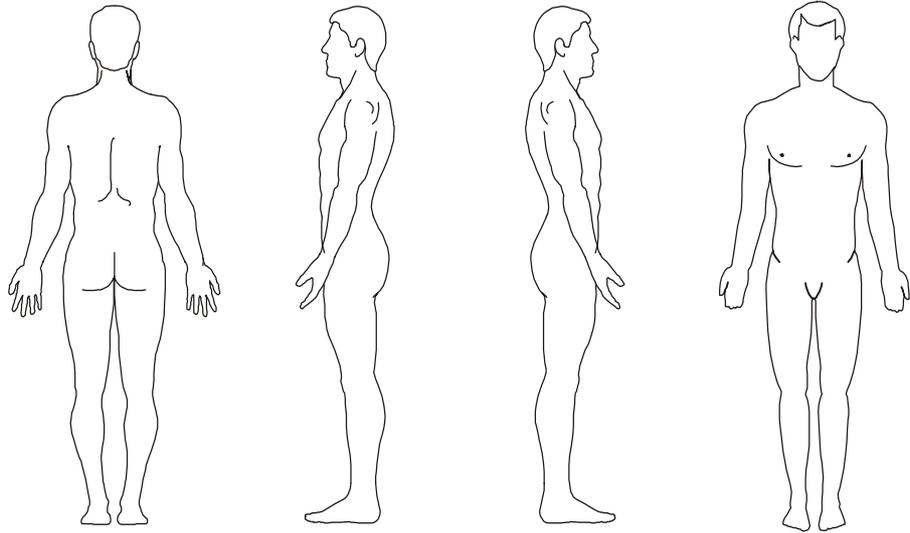
\_\_\_\_\_

# HAUTSCHÄDEN

Lokalisation markieren, mit Nr. bezeichnen und Details in Liste eintragen

Bitte markieren Sie:

- ✕ = bestehender Bereich
- = gefährdeter Bereich



lfd. Nr.	Größe in cm L x B x T	Nach Seiler Stadium I bis IV	Zustand der Wunde, z. B. nekrotisch, nässend	lfd. Nr.	Größe in cm L x B x T	Nach Seiler Stadium I bis IV	Zustand der Wunde, z. B. nekrotisch, nässend
1				6			
2				7			
3				8			
4				9			
5				10			

## EINFLUSSFAKTOREN

### Patientenmaße

Größe in cm \_\_\_\_\_ Gewicht in kg \_\_\_\_\_

- Krankheitsbedingter Gewichtsverlust?    nein     ja     wodurch? \_\_\_\_\_
- Ist der/die Patient/in inkontinent?    nein     ja     Stuhl     Harn
- Gefährdungsgrad für Pneumonien, Atelektasen?    hoch     sehr hoch     gering
- Sind Kontrakturen vorhanden?    nein     ja     wo genau? \_\_\_\_\_
- Verfügt der/die Patient/in über Restmobilität?    nein     ja     \_\_\_\_\_

## FESTLEGUNG DER LAGERUNGSHILFSMITTEL

- ANTI-DEKUBITUS-SCHAUMSTOFFMATRATZE        welches? \_\_\_\_\_
- GROSSZELLIGES WECHSELDRUCKSYSTEM        welches? \_\_\_\_\_
- HOCHZELLIGES WECHSELDRUCKSYSTEM        welches? \_\_\_\_\_
- SONSTIGES        welches \_\_\_\_\_

## FOTODOKUMENTATION

- als Anlage beigefügt     nicht gewünscht     nicht notwendig

## HILFSMITTEL DIENT ALS

- Dauerversorgung     regelmäßige Besuche     nächster Besuch geplant in KW \_\_\_\_\_

## PATIENTENERKLÄRUNG

Ich bin damit einverstanden, dass meine Wunden zu rein medizinischen Zwecken (z. B. Vorlage bei der Krankenkasse, des MdK etc.) zur Vereinfachung der Beurteilung fotografiert werden. Die mich vertretende Pflegeperson ist auch einverstanden.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der/des Begutachtenden \_\_\_\_\_

Unterschrift der/des Patientin/Patienten \_\_\_\_\_