

PFLEGEPROTOKOLL

Dokumentation von Pflege, Unterstützung und besonderen Beobachtungen

1. Angaben zur pflegebedürftigen Person

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Pflegegrad, falls vorhanden:

Hausarzt / Hausärztin:

Telefon:

Pflegedienst / betreuende Einrichtung:

Telefon:

2. Angaben zur dokumentierenden Person

Vor- und Nachname:

Funktion / Verhältnis zur pflegebedürftigen Person:

Telefon:

3. Tagesprotokoll

Datum: _____

Wochentag: _____

Dokumentiert von: _____

Allgemeiner Zustand

- ☐ gut
- ☐ unverändert
- ☐ müde / erschöpft
- ☐ unruhig
- ☐ verwirrt / desorientiert
- ☐ Schmerzen
- ☐ auffällige Stimmung
- ☐ sonstige Beobachtung:

Körperpflege

- ☐ selbstständig
- ☐ teilweise unterstützt
- ☐ vollständig unterstützt

Durchgeführt wurden:

- ☐ Waschen
- ☐ Duschen
- ☐ Baden
- ☐ Zahnpflege
- ☐ Haarpflege
- ☐ Rasur
- ☐ Hautpflege
- ☐ An- / Auskleiden
- ☐ Intimpflege
- ☐ sonstige Maßnahme:

Besonderheiten / Auffälligkeiten:

Mobilität

- ☐ selbstständig mobil
- ☐ mit Gehhilfe
- ☐ mit Rollator
- ☐ mit Rollstuhl
- ☐ Unterstützung beim Aufstehen erforderlich
- ☐ Unterstützung beim Gehen erforderlich
- ☐ überwiegend bettlägerig

Bewegung / Mobilisation durchgeführt:

Besonderheiten:

Essen und Trinken

Frühstück:

- ☐ gut gegessen
- ☐ teilweise gegessen
- ☐ wenig / nichts gegessen

Mittagessen:

- ☐ gut gegessen
- ☐ teilweise gegessen
- ☐ wenig / nichts gegessen

Abendessen:

- ☐ gut gegessen
- ☐ teilweise gegessen
- ☐ wenig / nichts gegessen

Zwischenmahlzeiten:

Getrunkene Menge ungefähr: _____ ml / Liter

Besondere Kost / Diät:

Auffälligkeiten beim Essen oder Trinken:

Medikamente

- ☐ Medikamente laut Plan eingenommen
- ☐ Einnahme verweigert
- ☐ Einnahme vergessen
- ☐ Bedarfsmedikation verabreicht
- ☐ besondere Beobachtung nach Einnahme

Medikament / Besonderheit:

Schmerzen

- ☐ keine Schmerzen angegeben
- ☐ Schmerzen vorhanden

Schmerzstelle:

Schmerzstärke von 0 bis 10: _____

Maßnahmen:

Wirkung der Maßnahme:

Ausscheidung

Wasserlassen:

- ☐ unauffällig
- ☐ häufig
- ☐ wenig
- ☐ Beschwerden

Stuhlgang:

- ☐ erfolgt
- ☐ nicht erfolgt
- ☐ unauffällig

- ☐ Durchfall
- ☐ Verstopfung

Besonderheiten:

Schlaf und Ruhe

- ☐ gut geschlafen
- ☐ unruhig geschlafen
- ☐ häufig wach
- ☐ Schlaf tagsüber
- ☐ ausgeprägte Müdigkeit

Besonderheiten:

Haut / Wunden

- ☐ Haut unauffällig
- ☐ Rötung
- ☐ Druckstelle
- ☐ Wunde
- ☐ Hämatom
- ☐ Schwellung
- ☐ trockene / gereizte Haut

Körperstelle:

Maßnahmen / Versorgung:

4. Durchgeführte Pflege- und Unterstützungsleistungen

Uhrzeit	Maßnahme / Unterstützung	Besonderheiten

5. Termine und besondere Ereignisse

- ☐ Arzttermin
- ☐ Therapietermin
- ☐ Pflegedienst
- ☐ Angehörigenbesuch
- ☐ Krankenhaus / Notfallversorgung
- ☐ sonstiger Termin

Uhrzeit: _____

Termin / Ereignis:

Ergebnis / Hinweise:

6. Besondere Beobachtungen

Hier können Veränderungen des körperlichen oder psychischen Zustands, ungewöhnliches Verhalten oder andere wichtige Beobachtungen dokumentiert werden.

7. Weitergabe wichtiger Informationen

Folgende Informationen wurden weitergegeben an:

- ☐ Angehörige

- ☐ Hausarzt / Hausärztin
- ☐ Pflegedienst
- ☐ Pflegeeinrichtung
- ☐ Therapeut/in
- ☐ Betreuungsperson
- ☐ sonstige Person:

Weitergegebene Information:

Datum / Uhrzeit:

8. Aufgaben für die nächste Betreuung / Pflege

- ☐ Medikamenteneinnahme beachten
- ☐ Trinkmenge beobachten
- ☐ Essen kontrollieren
- ☐ Hautstelle kontrollieren
- ☐ Wunde versorgen
- ☐ Arztkontakt erforderlich
- ☐ Termin beachten
- ☐ Vorräte / Medikamente besorgen
- ☐ sonstige Aufgabe:

9. Abschluss

Besondere Hinweise für den nächsten Tag / die nächste Betreuung:

Datum: _____

Uhrzeit: _____

Unterschrift / Kürzel: _____

© Smartvorlagen.de – Kostenlose Muster & Vorlagen