

Das Pflageetagebuch

Pflegebedürftiger	
Vorname / Name	
Geboren am	
Straße / Hausnummer	
Ort / PLZ	
Datum / Unterschrift	
Pflegekraft 1	
Vorname / Name	
Straße / Hausnummer	
Ort / PLZ	
Datum / Unterschrift	
Pflegekraft 2	
Vorname / Name	
Straße / Hausnummer	
Ort / PLZ	
Datum / Unterschrift	
Person, die das Tagebuch führt	
Vorname / Name	
Straße / Hausnummer	
Ort / PLZ	
Datum / Unterschrift	
Gesetzlicher Vertreter/Bevollmächtigter/Betreuer	
Vorname / Name	
Straße / Hausnummer	
Ort / PLZ	
Telefon	
Datum / Unterschrift	

Für die Pflege erschwerende Verhaltensweisen

- Einsatz von Hilfsmitteln, die viel Zeit beanspruchen, wie z.B. ein Treppenlift
- Eingeschränkte Belastbarkeit (z.B. ständige Luftnot oder Wassereinlagerungen)
- Gewicht des Patienten (über 80 kg)
- Stark verkrampfte Muskulatur (Bei Lähmungen oder nach einem Schlaganfall)
- Unkontrollierte Bewegungen und Zuckungen
- Störungen bei der Atmung, des Schluckens oder bei Mundbewegungen
- Abwehrverhalten oder fehlende Koordination
- Stark eingeschränktes Hören oder Sehen
- Enorme Schmerzen bei dem Pflegebedürftigen
- Durch Räumlichkeiten beeinträchtigte Pflegemöglichkeiten
- Eingeschränkte Beweglichkeit (z.B. Versteifung an Arm oder Beimgelenken)
- Fehlstellungen von Gliedmaßen (Arme, Beine)
- Tätliche oder verbale Aggressivität
- Unkontrolliertes Umherwandern
- Niedergeschlagenheit (theapieresistente Depression)
- Falsches situationsbedingtes Verhalten

Anmerkung:

Name des Pflegebedürftigen:

Pflegezeit:

Erforderliche Hilfe	Zeitaufwand (in Minuten)					Summe (in Minuten)	Form der Hilfestellung				
	morgens	mittags	nachmittags	abends	nachts*		U	TÜ	VÜ	B	A
Körperpflege											
Kämmen											
Baden/ Duschen											
Zahnpflege											
Wechseln und Entleeren des Urinbeutels											
Blasenentleerung											
Waschen											
Darmentleerung											
Wechseln von Windeln											
Rasieren											
Mobilität											
Aufstehen/Zubettgehen											
Ankleiden											
Gehen/ Bewegen											
Umlagern											
Auskleiden											
Aufstehen vom Rollstuhl											
Treppen steigen											
Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung											
Ernährung											
Mundgerechte Zubereitung											
Nahrungsaufnahme											
Hauswirtschaftliche Versorgung											
Reinigung der Wohnung											
Kochen											
Einkaufen											
Abwaschen											
Wechseln und Waschen der Wäsche											

Name des Pflegebedürftigen:
 Pflage-tag:

Erforderliche Hilfe	Zeitaufwand (in Minuten)					Summe (in Minuten)	Form der Hilfestellung				
	morgens	mittags	nachmittags	abends	nachts*		U	TÜ	VÜ	B	A
Körperpflege											
Kämmen											
Baden/ Duschen											
Zahnpflege											
Wechseln und Entleeren des Urinbeutels											
Blasenentleerung											
Waschen											
Darmentleerung											
Wechseln von Windeln											
Rasieren											
Mobilität											
Aufstehen/Zubettgehen											
Ankleiden											
Gehen/ Bewegung											
Umlagern											
Auskleiden											
Aufstehen vom Rollstuhl											
Treppen steigen											
Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung											
Ernährung											
Mundgerechte Zubereitung											
Nahrungsaufnahme											
Hauswirtschaftliche Versorgung											
Reinigung der Wohnung											
Kochen											
Einkaufen											
Abwaschen											
Wechseln und Waschen der Wäsche											

Name des Pflegebedürftigen:

Pflegetag:

Erforderliche Hilfe	Zeitaufwand (in Minuten)					Summe (in Minuten)	Form der Hilfestellung				
	morgens	mittags	nachmittags	abends	nachts*		U	TÜ	VÜ	B	A
Körperpflege											
Kämmen											
Baden/ Duschen											
Zahnpflege											
Wechseln und Entleeren des Urinbeutels											
Blasenentleerung											
Waschen											
Darmentleerung											
Wechseln von Windeln											
Rasieren											
Mobilität											
Aufstehen/Zubettgehen											
Ankleiden											
Gehen/ Bewegung											
Umlagern											
Auskleiden											
Aufstehen vom Rollstuhl											
Treppen steigen											
Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung											
Ernährung											
Mundgerechte Zubereitung											
Nahrungsaufnahme											
Hauswirtschaftliche Versorgung											
Reinigung der Wohnung											
Kochen											
Einkaufen											
Abwaschen											
Wechseln und Waschen der Wäsche											

Name des Pflegebedürftigen:
 Pflgetag:

Erforderliche Hilfe	Zeitaufwand (in Minuten)					Summe (in Minuten)	Form der Hilfestellung				
	morgens	mittags	nachmittags	abends	nachts*		U	TÜ	VÜ	B	A
Körperpflege											
Kämmen											
Baden/ Duschen											
Zahnpflege											
Wechseln und Entleeren des Urinbeutels											
Blasentleerung											
Waschen											
Darmentleerung											
Wechseln von Windeln											
Rasieren											
Mobilität											
Aufstehen/Zubettgehen											
Ankleiden											
Gehen/ Bewegen											
Umlagern											
Auskleiden											
Aufstehen vom Rollstuhl											
Treppen steigen											
Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung											
Ernährung											
Mundgerechte Zubereitung											
Nahrungsaufnahme											
Hauswirtschaftliche Versorgung											
Reinigung der Wohnung											
Kochen											
Einkaufen											
Abwaschen											
Wechseln und Waschen der Wäsche											

nachts* = 22:00 - 6:00

U = Unterstützung (Der Pflegebedürftige kann eine Tätigkeit im Grundsatz selber ausführen, braucht aber Hilfe bei der Vorbereitung oder Nachbereitung)

TÜ = Teilweise Übernahme (Die Pflegebedürftige braucht bei Teilen der Verrichtung oder der Vollendung einer Tätigkeit Hilfe)

VÜ = Vollständige Übernahme

(Die pflegende Person übernimmt die Tätigkeiten vollständig, da der Pflegebedürftige nicht in der Lage ist, diese selbstständig auszuführen.)

B = Beaufsichtigung (Der Pflegebedürftige muss bei einer Tätigkeit beaufsichtigt werden.)

A = Anleitung (Der Pflegebedürftige ist bei einer Tätigkeit auf Anleitung angewiesen.)

