

Pflegevisite bei: _____
Vor- und Nachname des Bewohners

Aktuelle Pflegestufe: _____

Verantwortliche Pflegekraft: _____
Vor- und Nachname der verantwortlichen Pflegekraft

Anlass der Pflegevisite: _____

_____ Datum der Visite _____ Unterschrift PDL

Qualität der Pflegedokumentation (Strukturqualität)

Sind die Basisdaten vollständig vorhanden?

1. Pflegevisite

	Ja	Nein	Bemerkung
Aufnahmeantrag/Heimvertrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ärztliches Zeugnis/Diagnosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ausweis/Behindertenausweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Betreuungsvollmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rechnungsanschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kostenübernahmeerklärung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Einzugsermächtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kostenzusage eines Trägers (Pflegekasse, Sozialamt, Beihilfestelle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krankenversicherungskarte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Befreiungsnachweise (Rezepte, Hilfsmittel, Fahrschein, GEZ, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anmeldung beim Einwohnermeldeamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Liste von Bwohnereigentum (Möbel, Geräte, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Biographie-/Anamnesebogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	Name	Datum	Unterschrift
Erstellt			
Geprüft			
Freigegeben			
Dateiname:	2.9.1_CI_Pflegevisite.doc		

Qualität der Pflegedokumentation (Strukturqualität)

Befinden sich die Basisvordrucke in der Pflegedokumentation?

	1. Pflegevisite		2. Pflegevisite	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Stammdaten inkl. Anamnese/Biographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überleitungsbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeplanung (AEDL-Set)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweise auf Pflege- und hausw. Standards	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegebericht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tätigkeits-/Leistungs- nachweise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegebewertung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärztliches Verordnungsblatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wunddokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagerungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeits-/Gesundheitsschutz- Bericht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zustand des Bewohnerzimmers (Strukturqualität)

	1. Pflegevisite		2. Pflegevisite	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Zimmertür mit Bewohnername versehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bettgestell sauber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bettgitter sauber?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachttisch sauber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tische ordentlich und sauber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schränke aufgeräumt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasszelle aufgeräumt und sauber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenstuhl sauber und be- schriftet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl/Rollator sauber und beschriftet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gepflegter Eindruck des Zim- mers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reinigungsnachweise aktuell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qualität der Pflegedokumentation/Stammblatt (Prozess- und Ergebnisqualität)

	1. Pflegevisite		2. Pflegevisite	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Alle persönlichen Daten wurden erhoben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärztliche Diagnosen, soweit vorhanden, sind aufgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besonderheiten/Allergien wurden deutlich gekennzeichnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die verantwortliche Pflegekraft wurde benannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Besonderheiten der Ernährung sind erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name, Anschrift und Telefonnr. des Hausarztes/der Fachärzte sind dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name, Anschrift und Telefonnr. der Angehörigen/des Betreuers ist dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qualität der Pflegedokumentation/Anamnese (Prozess- und Ergebnisqualität)

	1. Pflegevisite		2. Pflegevisite	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Die Anamnese wurde erhoben und ausgearbeitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ist-Situation wurde in allen Aktivitäten (AEDL) erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressourcen sind in den Aktivitäten benannt oder ausgeschlossen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Pflegebedarf wurde erhoben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuelle Gefährdungen wurden deutlich gekennzeichnet und beschrieben? (z. B. Dekubitus, Exsikkose, Obstipation usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehende Pflegeprobleme wurden erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Anamnese wurde mit Datum und Handzeichen versehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qualität der Pflegedokumentation/Pflegeplanungsprotokoll (Prozess- und Ergebnisqualität)

	1. Pflegevisite		2. Pflegevisite	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Die Pflegeplanung wurde für alle Aktivitäten, in denen Handlungsbedarf besteht, ausgelegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegeplanung befindet sich auf dem aktuellen Stand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegeplanung bezieht sich auf die Daten aus der Anamnese/Biographie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ressourcen wurden, soweit vorhanden, beschrieben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme wurden aktivitätsbezogen benannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existenzielle Erfahrungen, soweit bekannt, wurden mit einbezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die geplanten Ziele sind realistisch bezogen auf den Ist-Zustand des Bewohners?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die genannten Ziele beziehen sich auf die Ressourcen und Bedürfnisse des Bewohners?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die genannten Maßnahmen sind geeignet, die Eigenständigkeit des Bewohners zu fördern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die geplanten Maßnahmen entsprechen dem anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die geplanten Maßnahmen sind geeignet, die formulierten Ziele zu erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die geplanten Maßnahmen beziehen Standards bzw. Pflegegerichtlinien mit ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die geplanten Maßnahmen berücksichtigen erfasste existenzielle Erfahrungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegeplanung wird regelmäßig ausgewertet und aktualisiert? (z. B. alle 4 Wochen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qualität der Pflegedokumentation/Leistungserfassungsprotokoll (Prozess- und Ergebnisqualität)

	1. Pflegevisite		2. Pflegevisite	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Die Eintragungen werden lückenlos vorgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Eintragungen werden mit Datum und Handzeichen vorgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Einsatz von Pflege- und hausw. Standards wird dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Durchführung der Behandlungspflege wird regelhaft erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlungspflege wird laut Handzeichen nur von Pflegefachkräften durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchgeführte Maßnahmen entsprechen geplanten Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erweiterte Leistungserfassungen sind bedarfsgerecht angelegt:				
• Lagerungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Einfuhrkontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Miktionsblatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Wundversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Katheterversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qualität der Pflegedokumentation/ Pflegeverlaufsprotokoll (Prozess- und Ergebnisqualität)

	1. Pflegevisite		2. Pflegevisite	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Alle Eintragungen erfolgen mit Datum und Handzeichen der eingetragenen Pflegekraft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Eintragungen erfolgen zeitnah und situationsgerecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Eintragungen erfolgen wertfrei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Eintragungen ermöglichen ein Nachvollziehen des Pflegeverlaufs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verabreichungen von Medikamenten stimmen mit ärztlichen Verordnungen überein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischenfälle, Krisen und Notfälle werden sachlich beschrieben und das pflegerische Handeln wird daraus erkennlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qualität der Pflegedokumentation/ Einfuhrprotokoll (Prozess- und Ergebnisqualität)

	1. Pflegevisite		2. Pflegevisite			
	Ja	Nein	Bemerkung	Ja	Nein	Bemerkung
Es ist aufgrund des individuellen Zustands des Bewohners erforderlich, die Einfuhr zu überwachen und die Einfuhrmengen zu protokollieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja, dann Begründung:	_____					
Das Einfuhrprotokoll weist die erforderliche einzuführende Flüssigkeitsmenge auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Eintragungen erfolgen lückenlos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Eintragungen erfolgen mit Handzeichen und Datum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abweichungen von der vorgegebenen Einfuhrmenge werden schriftlich erfasst? (z. B. im Pflegeverlaufsprotokoll)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besonderheiten bei der Flüssigkeitsaufnahme werden nachvollziehbar dokumentiert? (z. B. Verweigerung, Erbrechen, Schluckprobleme, Abwehrhaltung usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bei anhaltenden Unterschreitungen der angeordneten oder erforderlichen Menge ist ein Arzt einbezogen worden und dieses dokumentiert? (z. B. im Pflegeverlaufsprotokoll)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Angehörige an der Verabreichung von Getränken beteiligt und wird dieses dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Hautfaltenprobe bei dem Bewohner lässt auf eine angemessene Versorgung mit Getränken schließen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Der Standard für den Umgang mit exviskosegefährdetem Bewohner findet Anwendung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Qualität der Pflegeplanung/Lagerungsplan und -protokoll (Prozess- und Ergebnisqualität)

	1. Pflegevisite		2. Pflegevisite			
	Ja	Nein	Bemerkung	Ja	Nein	Bemerkung
Aufgrund des individuellen Zustands des Bewohners ist es erforderlich, die Lagerung zu planen und zu dokumentieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja, dann Begründung:	_____					

Qualität der Pflegeplanung/Lagerungsplan und -protokoll (Prozess- und Ergebnisqualität)

	Ja		1. Pflegevisite Bemerkung	Ja		2. Pflegevisite Bemerkung
	Nein			Nein		
Wurde eine Risikoermittlung vorgenommen (Norton-Skala)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Norton-Skala befindet sich auf einem aktuellen Stand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Das Ergebnis der Norton-Skala entspricht dem tatsächlichen Ist-Zustand des Bewohners?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Norton-Skala wurde mit Datum und Handzeichen versehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Im Lagerungsplan sind Ressourcen integriert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Der Lagerungsplan entspricht dem Gefährdungspotential des Bewohners und ist als prophylaktische Maßnahme geeignet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Der Lagerungsplan macht genaue Angaben über:						
• die Häufigkeit der Maßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• die Dauer der Einzelmaßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• die Art der Lagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• die zu verwendenden Pflegehilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• die zu beachtenden Gefährdungspotentiale (soweit vorhanden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dem Lagerungsplan ist ein Lagerungsprotokoll, für die Leistungserfassung, beigelegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Das Lagerungsprotokoll wurde planungsgemäß geführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Eintragungen wurden lückenlos vorgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Eintragungen erfolgen mit Handzeichen, Datum und Uhrzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die geplante Lagerung wird fachlich richtig durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pflegeschäden wurden wirkungsvoll vermieden? (Ergebnisqualität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Qualität des Pflegezustandes (Ergebnisqualität)

	1. Pflegevisite		2. Pflegevisite	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Der Bewohner weist Pflege- schäden auf?				
• Dekubitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kontrakturen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Soor oder Parotitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bronchopneumati- sche Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Obstipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Inertrigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Bewohner macht äußerlich einen gepflegten Eindruck? (soweit in der Anamnese nicht eine individuelle Besonderheit benannt wurde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Bewohner ist mit seiner Situation, im Pflegeheim zu wohnen und betreut zu werden	<input type="checkbox"/>	glücklich	<input type="checkbox"/>	glücklich
	<input type="checkbox"/>	zufrieden	<input type="checkbox"/>	zufrieden
	<input type="checkbox"/>	teilnahmslos	<input type="checkbox"/>	teilnahmslos
	<input type="checkbox"/>	eher unzufrieden	<input type="checkbox"/>	eher unzufrieden
	<input type="checkbox"/>	total unzufrieden	<input type="checkbox"/>	total unzufrieden
	<input type="checkbox"/>	unglücklich	<input type="checkbox"/>	unglücklich
	<input type="checkbox"/>	sehr unglücklich	<input type="checkbox"/>	sehr unglücklich
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Bewohner und die Ange- hörigen/Betreuer können die angestrebten Ziele nachvoll- ziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Bewohner und die Ange- hörigen/Betreuer stimmen den angestrebten Zielen zu, bzw. befürworten diese?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden von dem Bewohner bzw. den Angehörigen/Betreu- ern Vorschläge, Anregungen, Beschwerden o. ä. vorge- bracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden von der verantwortli- chen Pflegekraft Anregungen, Vorschläge oder Anmerkungen bzgl. der Betreuung des Be- wohners geäußert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Zimmer des Bewohners macht einen gepflegten Ein- druck, soweit sich dieses mit den individuellen Bedürfnissen deckt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Bewohner fühlt sich insge- samt gut betreut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Arbeits- und Gesundheitsschutz der Mitarbeiter

	1. Pflegevisite		2. Pflegevisite	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Sind alle elektrischen Geräte im Zimmer in Ordnung? (Beleuchtung, Fernseher, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind besondere PSA notwendig? (z. B. Änderungen bei Reinigungs-, Desinfektions-, Pflegemitteln)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind zusätzliche Hilfsmittel für rückschonende Tätigkeiten notwendig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind sonstige medizintechnische Geräte notwendig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind besondere/zusätzliche Schulungen/Einweisungen der Mitarbeiter erforderlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden notwendige Einweisungen/Unterweisungen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sturz- und Stolperstellen wirksam beseitigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Aufstiegshilfen erforderlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Umgang mit Kanülen und Pens sicher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müssen Mitarbeiter über besondere Erkrankungen des Bewohners informiert werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang: Zeit-/Maßnahmenplan