

Pflegevisite



Name: Mustermann Max

Geburtsdatum: 22.07.1931

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Datum: _____

- Grund für die Visite:
- regelmäßige Kontrolle des Pflegeverlaufs
 - Beschwerde
 - Veränderung des Pflegezustands
 - Antrag auf Anpassung des Pflegegrads

- Anwesende Person:
- PDL
 - Bezugspflegerkraft: _____
 - Angehörige: _____
 - _____
 - _____

Dauer der Visite: _____

A) Erhebung der Klienten zufriedenheit:

1. Sind Klient/ Angehörige mit der Versorgung zufrieden? Ja Nein

2. Wünscht der/ die Klient/ -in weitere Leistungen? Ja Nein

3. Änderungswünsche im Rahmen der Pflege? Ja Nein

4. Werden Angehörige in der Pflege einbezogen? Ja Nein

B) Bewertung der Pflegerischen Versorgung:

Wie ist der pflegerische Zustand des Klienten?

gut angemessen schlecht

- 1. Ist die Pflege sichergestellt? Ja Nein
- 2. Sind die vereinbarten Maßnahmen durchgeführt worden? Ja Nein
- 3. Sind zusätzlich Maßnahmen durchgeführt worden? wenn ja, welche? Ja Nein

- 4. Wird die Pflege fachgerecht erbracht? Ja Nein
- 5. Werden Hygienemaßnahmen eingehalten? Ja Nein
- 6. Findet eine aktivierende Pflege statt? Ja Nein

- 7. Liegen neue/ besondere pflegerische Probleme vor? Ja Nein

- 9. Anpassung der SIS/Maßnahmeplanung erforderlich? Ja Nein

Im Themenfeld:	
<input type="checkbox"/> Themenfeld 1	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Themenfeld 2	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Themenfeld 3	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Themenfeld 4	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Themenfeld 5	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Themenfeld 6	<input type="checkbox"/> _____

Begründung:

Änderung der Pflegesituation

Wünsche des Klienten/ Angehörigen

C) Pflegeumfeld

1. Werden weitere Hilfsmittel zur Pflege benötigt? Ja Nein

2. Sind Maßnahmen zur Wohnraumanpassung notwendig? Ja Nein

3. Liegen Pflege erschwerende Situationen vor? Ja Nein

4. Sonstiges: Ja Nein

D) Pflegedokumentation

1. Ist die Dokumentation vollständig geführt? Ja Nein

Was ist unvollständig?

- SIS
- Maßnahmeplanung
- Pflegebericht
- Durchführungsnachweis/ Leistungsnachweis
- _____
- _____

2. Ist die Umsetzung der Maßnahmeplanung ersichtlich? Ja Nein

3. Wurde SIS seit der letzten Visite aktualisiert? Ja Nein

4. Sind alle Eintragungen mit Handzeichen abgezeichnet? Ja Nein

E) Zusammenfassende Beurteilung

Datum/ Unterschrift verantwortl. Person PD.

Datum/ Unterschrift Klient/ -in

Datum/ Unterschrift Angehörige