

Risikoassessment

Erfassungsbogen

vom: _____

Pkt.	A Hautbeobachtung	Antwort		Bemerkung	Hdz.
A 1	Der Klient geht regelmäßig und kann seine Position selbstständig umfassend ändern?	ja	nein		
A 2	Die Haut des Klienten ist selten feucht, elastisch und frei von pathologischen Veränderungen?	ja	nein		
	Der Klient sitzt, ohne herunterzurutschen? (Stuhl, Bett)	ja	nein		
	Der Klient nimmt tägl. Eiweißport. (z.B. Milchprod., Fleisch, Hülsenfrüchte) zu sich u. ist gut ernährt?	ja	nein		
	Das sensorische Empfindungsvermögen ist ohne Einschränkungen vorhanden?	ja	nein		

Wenn mind. 1 x "nein" - erweiterte Einschätzung nötig! (Bradenskala)

A 3	Hat der Klient eine oder mehrere Wunden?	ja	nein		
-----	--	----	------	--	--

Wenn "ja" - Wunddokumentation nötig! (Wundbehandlung, Wundversorgungsverlauf)

Pkt.	B Bewegung	Antwort		Bemerkung	Hdz.
B 1	Klient hat Probleme mit der Körperbalance/ Gleichgewichtsstörungen?	ja	nein		
	Klient hat ein instabiles Gangbild/ Gangstörung - evt. aufgrund Veränderungen des Körperbildes?	ja	nein		
	Klient hat Sehstörungen, die nicht durch geeignete Hilfsmittel kompensiert sind?	ja	nein		
	Es liegen Erkrankungen vor, die mit Veränderungen der Motorik, Mobilität oder Sensibilität einhergehen?	ja	nein		
	Es liegen Erkrankungen vor, die zu kurzzeitiger Ohnmacht führen können? (z.B. Hypoglykämie, Epilepsie)	ja	nein		
	Klient kann nur unsicher aus einem Sessel aufstehen o. hält sich beim Gehen an Möbeln u. Wänden fest?	ja	nein		
	Klient ist bereits ein- oder mehrmals gestürzt?	ja	nein		

Wenn mind. 1 x "ja" - erweiterte Einschätzung, Einleitung Sturzprophylaxe u. Beratungsgespräch nötig! (Sturzrisikoskala, Sturzprophylaxe-Assess.)

B 2	Liegen Kontraktoren vor oder hat Klient relevante Einschränkungen in der Beweglichkeit?	ja	nein		
-----	---	----	------	--	--

Wenn "ja" - Maßnahmen der Kontraktorenprophylaxe einleiten!

Pkt.	C Stoffwechsel / Ernährung	Antwort		Bemerkung	Hdz.
C 1 C 2	Körpergröße: _____ cm; Körpergewicht: _____ kg Körpergewicht Vormonat _____ kg (Gewichtsverlust >2kg?)	BMI = _____			
	Liegt eine akute Erkrankung vor, welche das Essverhalten negativ beeinflusst?	ja	nein		

Wenn BMI < 18 oder relevanter Gewichtsverlust (5-10 % in 6 Monaten) oder "ja" - differenzierte Einschätzung, individuelle Kalorienplanung und Überwachung der Nahrungsaufnahme, dann sind Ernährungsprotokoll und Beratungsgespräch notwendig! (MNA, Ernährungsprotokoll)

C 5	Klient erhält Sondennahrung?	ja	nein		
-----	------------------------------	----	------	--	--

Wenn "ja"- Erstellung eines individuellen Ernährungsplanes und Dokumentation der Applikation nötig! (Ernährungsplan)

Name.: **Mustermann Max**

geb. am: **22.07.1931**

Jahr:

Blatt Nr.:

C 3	Einschätzung: Klient trinkt zu wenig?	ja	nein	
------------	---------------------------------------	----	------	--

Wenn "ja" - Berechnung individueller Flüssigkeitsbedarfs, Trinkprotokoll und Beratungsgespräch erforderlich! (Einfuhr/ Ausfuhr)

Berechnung individueller Flüssigkeitsbedarfs:				
Für die ersten 20 kg Körpergewicht	1 500 ml			
Körpergewicht - 20 kg= _____kg x 15 ml =	+ _____ ml			
	Summe: _____ ml			
Nahrungszufuhr = _____kcal x 0,33 =	- _____ ml			
	Gesamtbedarf: _____ ml			

C 4	Klient hat Diagnose Diabetes Mellitus?	ja	nein	
------------	--	----	------	--

Wenn ja, Überwachung der Therapie notwendig (Intervall BZ-Messung je nach Therapieform)

	Wenn "ja": BZ-Werte konstant und stabil?	ja	nein	Aktueller BZ-Wert: _____mg
	Klient beachtet Diätvorschriften überwiegend?	ja	nein	

Wenn mind. 1 x "nein" Beratungsgespräch - ggf. Arztinfo notwendig!

Pkt.	D Munderkrankungen	Antwort		Bemerkung	Hdz.
D 1	Klient kann ohne Schwierigkeiten kauen und tut dies auch regelmäßig?	ja	nein		
D 2	Klient hat ausreichend feuchte Mundschleimhäute ohne erkennbare Defekte?	ja	nein		
	Die Lippen des Klienten sind frei von Fissuren und ausreichend geschmeidig?	ja	nein		
	Die Zunge und das Zahnfleisch des Klienten sind frei von Belägen?	ja	nein		

Wenn mind. 1 x "nein" - Einleitungen von Maßnahmen (z.B. Zahnarztinfo / Soor- und Parotitisprophylaxe) erforderlich!

Pkt.	E Ausscheidung	Antwort		Bemerkung	Hdz.
E	Klient scheidet ohne erkennbare Probleme, kontrolliert u. selbstständig ausreichend Urin u. Stuhlgang aus?	ja	nein		

Nur auszufüllen, wenn "nein"

E 1	Klient ist Urininkontinent?	ja	nein		
	Klient ist Stuhlinkontinent?	ja	nein		
	Klient benötigt Hilfe bei der Ausscheidung und nimmt diese an?	ja	nein		
	Klient benötigt Hilfe bei der Ausscheidung, lässt diese aber nicht zu?	ja	nein		
	Klient hat Schmerzen bei der Miktion oder muss sich stark anstrengen, um die Blase zu entleeren?	ja	nein		
	Klient hat Schmerzen bei der Defäkation, sehr harten Stuhlgang oder muss stark pressen?	ja	nein		
E 2	Klient hat weniger als 1x in 4 Tagen Stuhlgang?	ja	nein		
E 3	Klient scheidet häufig kleine Mengen flüssigen Stuhlgang aus?	ja	nein		
	Klient hat immer wieder Diarrhoe (Stuhlfrequenz > 3x Tag)?	ja	nein		

Name.: **Mustermann Max**

geb. am: **22.07.1931**

Jahr:

Blatt Nr.:

Wenn mind. 1 x "ja" - Einleitung von Maßnahmen je nach Problem und Ausprägung sowie Beratungsgespräch notwendig!

Pkt.	E Einstufung in Kontinezzprofil		Antwort		Bemerkung	Hdz.
a	Kontinenz	Kein unwillkürlicher Harnverlust, keine personelle Unterstützung, keine Hilfsmittel	ja	nein		
b	Unabhängig erreichte Kontinenz	Kein unwillkürlicher Harnverlust, keine personelle Unterstützung, selbstständige Durchführung von Maßnahmen	ja	nein		
c	Abhängig erreichte Kontinenz	Kein unwillkürlicher Harnverlust, personelle Unterstützung bei der Durchführung von Maßnahmen nötig	ja	nein		
d	Unabhängig kompensierte Inkontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust, keine personelle Unterstützung bei der Versorgung mit Hilfsmitteln nötig	ja	nein		
e	Abhängig kompensierte Inkontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust, personelle Unterstützung bei der Inkontinenzversorgung notwendig	ja	nein		
f	Nicht kompensierte Inkontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust, personelle Unterstützung/therapeutische Versorgungsmaßnahmen werden nicht angenommen	ja	nein		

Profil c bis f: Planung und Einleitung von Maßnahmen zur Förderung der Kontinenz sowie Beratungsgespräche erforderlich!

E 4	Transurethraler oder suprapubischer Blasendauerkatheter?	ja	nein		
-----	--	----	------	--	--

Wenn "ja", zusätzliches Formular (Kathetercheck)

Pkt.	F Gefäßsystem	Antwort		Bemerkung	Hdz.
F 1	Klient hält mehr als 12 Std. pro Tag Bettruhe?	ja	nein		
	Klient ist immobil?	ja	nein		
	Es liegt eine Herzinsuffizienz oder chronische Lungenerkrankung vor?	ja	nein		
	Operationen innerhalb der letzten 2 Monate oder akut geplant?	ja	nein		
	Bereits durchgemachte Thrombose oder Embolie?	ja	nein		
	Bereits erlittener Myokardinfarkt oder Apoplex?	ja	nein		
F 2	Es liegen Ödeme, Varizen, Ulcus cruris, Zyanosen oder Hautausschläge vor?	ja	nein		

Wenn mind. 1 x "ja", zusätzliches Formular (Thromboserisikoskala)

Pkt.	G Herz	Antwort		Bemerkung	Hdz.
G 1	Diagnose Hypertonie oder Hypotonie liegt vor?	ja	nein		

Wenn "ja" - regelmäßige Überwachung erforderlich! (Überwachungsblatt)

RR = _____ / _____ mmHg Pulsfrequenz=_____ Schläge / Min. Pulsqualität = normal auffällig: _____					
G 2	Klient ist Raucher, übergewichtig, hyperten oder bewegt sich zu wenig?	ja	nein		

Wenn "ja" - Beratungsgespräche notwendig!

Pkt.	H Atmung	Antwort		Bemerkung	Hdz.
H	Atmung normal, keine Schluckstörung, kein Risiko erkennbar	ja	nein		

Nur auszufüllen, wenn "nein":

H 1	Lungenerkrankung - auch frühere bekannt?	ja	nein		
	Akute Lungenerkrankungen/ Infekt mit Lungenbeteiligung?	ja	nein		

Name.: **Mustermann Max**

geb. am: **22.07.1931**

Jahr:

Blatt Nr.:

	Tracheostoma oder Sauerstoffgabe?	ja	nein		
--	-----------------------------------	----	------	--	--

Überwachungsblatt!

H 2	Atmung angestrengt?	ja	nein		
	Atemfrequenz verändert?	ja	nein		
	Medikamente mit atemdepressiver Wirkung?	ja	nein		

Wenn mind. 1 x " ja", erweiterte Einschätzung nötig! (Atemskala nach Bienstein)

Pkt.	I Schmerz	Antwort	Bemerkung	Hdz.
------	-----------	---------	-----------	------

Bitte Schmerzsituation einschätzen:

I 1	Klient ist verbal in der Lage, Schmerzen zu äußern - hat keine Schmerzen	ja	nein		
	Klient ist verbal nicht in der Lage, Schmerzen zu äußern - zeigt keine nonverbale Schmerzäußerung	ja	nein		
	Klient hat Schmerz, der durch bereits stattfindende Therapie kompensiert ist	ja	nein		
	Klient hat vermutlich Schmerz, noch keine/ oder unzureichende Therapie	ja	nein		

Wenn Schmerz vorliegt o. vermutet wird, Schmerzerfassung per angepasstem Assessment u. Überwachung nötig! (NRS, VRS, BPS, plus ggf. Schmerztagebuch)

Pkt.	J Sinne	Antwort	Bemerkung	Hdz.	
J 1	Es liegt keine Sinneseinschränkung vor - kein Risiko erkennbar	ja	nein		
	Es liegt eine Sinneseinschränkung vor, die durch Hilfsmittel selbstständig kompensiert ist	ja	nein		
	Es liegt eine Sinneseinschränkung vor, bei der Nutzung von Hilfsmitteln ist Unterstützung nötig	ja	nein		

Hilfsmittelcheck

Pkt.	K Demenz	Antwort	Bemerkung	Hdz.	
K 1	Klient ist nicht dementiell oder psychisch erkrankt - zeigt keine Auffälligkeiten	ja	nein		
	Klient ist dementiell oder psychisch erkrankt - Einschränkungen werden kompensiert - kein Risiko erkennbar	ja	nein		
	Klient ist dementiell oder psychisch erkrankt - Auffälligkeiten/ Einschränkungen bedürfen der Unterstützung	ja	nein		
	Akute Gefährdung durch Einschränkungen oder Auffälligkeiten (z.B. Hinlauftendenzen/ Verkennen von Situationen) liegt vor	ja	nein		

Wenn "ja", erweiterte Einschätzung nötig! (MDS, PEA)

Pkt.	L Soz. Interaktion	Antwort	Bemerkung	Hdz.	
	Selbstständig - kein Risiko erkennbar	ja	nein		

Nur auszufüllen, wenn "nein"

	Klient benötigt Unterstützung, um soziale Kontakte aufrecht erhalten zu können	ja	nein		
	Klient hat Angehörige, die bei der Pflege und Betreuung mitwirken	ja	nein		
	Klient äußert, sich allein oder verlassen zu fühlen	ja	nein		
	Klient wirkt isoliert oder zieht sich zunehmend sozial zurück	ja	nein		

Wenn "ja" - Beratungsgespräch notwendig!

Name.: **Mustermann Max**

geb. am: **22.07.1931**

Jahr:

Blatt Nr.:

