

Dekubitus-Erhebungsbogen (Liegehilfen)



Ersterhebung Folgeerhebung Umversorgung

Anlass:

1. Stammdaten des Versicherten

Name:	Tel.-Nr.:
Straße:	Krankenkasse:
PLZ/Ort:	Vers.-Nr.:

Geschlecht: männlich weiblich Alter: Größe: Gewicht: BMI:

2. Pflegepersonen Angehörige/Laie Pflegedienst stationäre Pflegeeinrichtung

3. Diagnosen und Besonderheiten der Pflegesituation

4. Pflegestufe keine 1 2 3 beantragt

5. Risikoerhebung

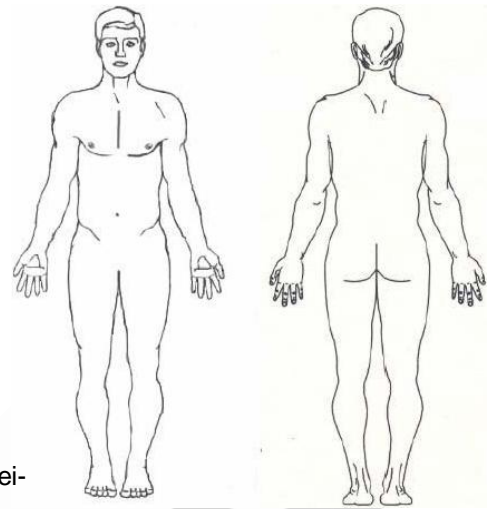
5.1 Braden-Skala	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	
sensorisches Wahrnehmungsvermögen Fähigkeit, lagebedingte oder künstliche Reize, z. B. Druck, wahrzunehmen und adäquat zu reagieren	vollständig ausgefallen Keine Reaktion auf Schmerzreize (auch kein Stöhnen, Zucken, Greifen) auf Grund verminderter (nervaler) Wahrnehmungsfähigkeit bis hin zur Bewusstlosigkeit oder Sedierung ODER Missempfindungen/Schmerzen werden über den größten Körperteil nicht wahrgenommen.	stark eingeschränkt Reaktion nur auf starke Schmerzreize. Missempfindungen können nur über Stöhnen oder Unruhe mitgeteilt werden ODER sensorisches Empfinden stark herabgesetzt. Missempfindungen/Schmerzen werden über die Hälfte des Körpers nicht wahrgenommen.	geringfügig eingeschränkt Reaktion auf Ansprechen. Missempfindungen bzw. das Bedürfnis nach Lagerungswechsel können nicht immer vermittelt werden ODER sensorisches Empfinden teilw. herabgesetzt. Missempfindungen/Schmerzen werden in ein oder zwei Extremitäten nicht wahrgenommen.	nicht eingeschränkt Reaktion auf Ansprechen. Missempfindungen ODER Schmerzen werden wahrgenommen und können benannt werden.
Feuchtigkeit Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist	ständig feucht Die Haut ist ständig feucht durch Schweiß, Urin usw. Nässe wird bei jedem Bewegung festgestellt.	oft feucht Haut ist oft feucht, aber nicht immer. Bettwäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden.	manchmal feucht Die Haut ist hin und wieder feucht, die Wäsche muss zusätzlich einmal täglich gewechselt werden.	selten feucht Die Haut ist normalerweise trocken. Wäschewechsel nur routinemäßig.
Aktivität Grad der körperlichen Aktivität	bettlägerig Das Bett kann nicht verlassen werden.	sitzt auf Kann mit Hilfe etwas laufen. Kann das eigene Gewicht nicht alleine tragen. Braucht Hilfe um aufzusitzen (Bett, Stuhl, Rollstuhl).	Gehen Geht mehrmals am Tag, aber nur kurze Strecken. Teils mit, teils ohne Hilfe. Verbringt die meiste Zeit im Bett/Lehnstuhl/Rollstuhl.	regelmäßiges Gehen Verlässt das Zimmer mindestens zweimal am Tag. Geht tagsüber im Zimmer etwa alle zwei Stunden auf und ab.
Mobilität Fähigkeit, die Körperposition zu halten und zu verändern	vollständige Immobilität Selbst die geringste Lageänderung des Körpers oder von Extremitäten wird nicht ohne Hilfe durchgeführt.	stark eingeschränkt Eine Lageänderung des Körpers oder von Extremitäten wird hin und wieder selbstständig durchgeführt, aber nicht regelmäßig.	geringfügig eingeschränkt Geringfügige Lageänderungen des Körpers oder der Extremitäten werden regelmäßig und selbstständig durchgeführt.	nicht eingeschränkt Lageänderungen werden regelmäßig und ohne Hilfe durchgeführt.
Ernährung Allgemeines Ernährungsverhalten	schlechte Ernährung Isst die Portion nie auf. Isst selten mehr als 1/3 jeder Mahlzeit. Isst zwei eiweißhaltige Portionen (Fleisch oder Milchprod.) oder weniger täglich. Trinkt zu wenig. Trinkt keine Nahrungsergänzungskost ODER nimmt oral keine Kost zu sich ODER nur klare Flüssigkeiten bzw. i.v. – Substitution mehr als fünf Tage.	wahrscheinlich unzureichende Ernährung Isst selten ganze Mahlzeit auf, in der Regel nur die Hälfte. Die Eiweißzufuhr erfolgt über nur drei Portionen (Milchprodukte, Fleisch) täglich. Hin und wieder wird Ergänzungskost zu sich genommen ODER erhält weniger als die erforderliche Menge Flüssigkeit bzw. Sondenernährung.	ausreichende Ernährung Isst mehr als die Hälfte der meisten Mahlzeiten, mit insgesamt vier eiweißhaltigen Portionen (Milchprodukte, Fleisch) täglich. Lehnt hin und wieder eine Mahlzeit ab, nimmt aber Ergänzungsnahrung an ODER wird über eine Sonde ernährt und erhält so die meisten erforderlichen Nährstoffe.	gute Ernährung Isst alle Mahlzeiten, weist keine zurück. Nimmt normalerweise vier eiweißhaltige Portionen (Milchprodukte, Fleisch) zu sich, manchmal auch eine Zwischenmahlzeit. Braucht keine Nahrungsergänzung.
Reibungs- und Scherkräfte	Problem Mäßige bis erhebliche Unterstützung bei jedem Positionswechsel erforderlich. (An-)Heben (z. B. auch in Richtung Kopfende ist nicht möglich, ohne über die Unterlage zu schleifen. Rutscht im Bett oder Stuhl regelmäßig nach unten und muss wieder in die Ausgangsposition gebracht werden. Spastik, Kontrakturen und Unruhe verursachen fast ständige Reibung.	potenzielles Problem Bewegt sich ein wenig und braucht selten Hilfe. Die Haut scheuert während der Bewegung weniger intensiv auf der Unterlage (kann sich selbst ein wenig anheben). Verbleibt relativ lange in der optimalen Position im Bett (Sessel/Rollstuhl/Lehnstuhl). Rutscht nur selten nach unten.	kein feststellbares Problem Bewegt sich unabhängig und ohne Hilfe in Bett und Stuhl. Muskelkraft reicht aus, um sich ohne Reibung anzuheben. Behält optimale Position in Bett oder Stuhl aus eigener Kraft bei.	
Summe:				

> 18 Punkte kein Risiko 18-15 Punkte geringes Risiko 14-12 Punkte mittleres Risiko 11-9 Punkte hohes Risiko < 9 Punkte sehr hohes Risiko

5.2 Lokalisierung gefährdeter Körperstellen bzw. Wunden

ja, Dekubitus-Stadium (Lokalisierung bitte in Skizze eintragen):

X = bestehender Dekubitus O = gefährdeter Bereich



5.3 Weitere Risikofaktoren

Wurde in einer der Bewertungskategorien der Braden-Skala nur 1 Punkt erreicht?

nein ja

Ist der Patient mangel- oder fehlernährt?

nein ja

Hat der Patient Spastiken/Kontrakturen?

nein ja

Ist der Patient Diabetiker?

nein ja

Lag in der Vergangenheit ein Dekubitus vor?

nein ja

Muss der Pat. auf bestehenden Wunden/abgeheiltem Dekubitus gelagert werden?

nein ja

Liegen weitere, bisher noch nicht erfasste, Risiken vor? Wenn ja, Beschreibung der Risiken (z.B. Inkontinenz,...):

5.4 Weitere Entscheidungskriterien

Leidet der Pat. an dauerhaften Schmerzen, die sich durch (aktive/passive) Bewegung steigern?

nein ja

Hat der Pat. früher beim Einsatz eines gleichen Hilfsmittels mit Schmerzen reagiert?

nein ja

Sind noch Eigenbewegungen des Patienten vorhanden?

nein ja

Sitzt der Patient längere Zeit im Bett?

nein ja

Sind häufigere Positionswechsel zur Sekretmobilisation zwecks Atem erleichterung erforderlich?

nein ja

5.5 Auswertung/Zusammenfassung

a) Gesamtsumme aller erreichten Punktwerte gemäß Braden-Skala: Punkte

b) Betrachtung der zusätzlichen Faktoren: Liegt ein weiterer Risikofaktor laut der Punkte 5.3/5.4 vor, führt dies zu einer Risikoerhöhung um eine Stufe. Daraus folgt die abschließende Risikoeinteilung:

allgemeines Risiko

mittleres Risiko

hohes Risiko

sehr hohes Risiko

c) Abschließende Risikobeurteilung der Fachkraft:

6. Wurde vor dieser Erhebung mit einem Antidekubitus-Hilfsmittel versorgt?

nein ja, mit welchem?

Gab es Probleme? nein ja, welche?

7. Versorgungsvorschlag unter Berücksichtigung des ermittelten Status

Antidekubitus-Hilfsmittel der Produktart

konkretes Hilfsmittel

Himi-Nr.:

Begründung:

Datum Unterschrift/Stempel Arzt/Pflegekraft/Therapeut

Datum Unterschrift/Stempel Leistungserbringer

Fotodokumentation: liegt bei liegt vor keine wurde nicht gewünscht

8. Einverständniserklärung des Versicherten/Bevollmächtigten für die Weitergabe der Daten:

Ich bin damit einverstanden, dass für den, auf Seite 1 genannten, Versicherten zum Zwecke einer optimalen Hilfsmittelversorgung erhobene – auch medizinische – Daten einschließlich einer Fotodokumentation zur Auswertung auf einem Fragebogen festgehalten werden. Dieser Fragebogen wird ausschließlich von dem am Verfahren beteiligten medizinischen Fachpersonal und dem ebenfalls am Verfahren beteiligten Leistungserbringer genutzt. Mit einer Weiterleitung an meine Krankenkasse bin ich im Rahmen dieser Versorgung einverstanden, wenn die Daten ausschließlich zu dieser Versorgung verwendet werden. Ferner bin ich darüber informiert, dass die Beantwortung der Fragen freiwillig ist und nachteilige Folgen einer Nichtbeantwortung sich nicht ergeben. Es kann in diesem Fall jedoch möglicherweise keine optimale Versorgung sichergestellt werden. Der Fragebogen unterliegt dem Sozialdatenschutz.

Name, Vorname (wenn Bevollmächtigter)

Datum

Unterschrift

Patient/Bevollmächtigte(r)