

# Dekubitus-Erhebungsbogen (Sitzhilfen)



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

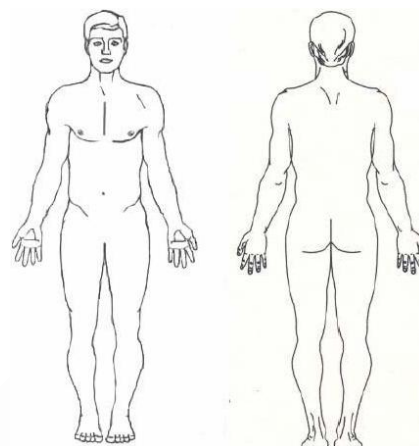
5.1 Braden-Skala	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	
<b>sensorisches Wahrnehmungsvermögen</b> Fähigkeit, lagebedingte oder künstliche Reize, z. B. Druck, wahrzunehmen und adäquat zu reagieren	<b>vollständig ausgefallen</b> Keine Reaktion auf Schmerzreize (auch kein Stöhnen, Zucken, Greifen) auf Grund verminderter (nervaler) Wahrnehmungsfähigkeit bis hin zur Bewusstlosigkeit oder Sedierung ODER Missempfindungen/Schmerzen werden über den größten Körperteil nicht wahrgenommen.	<b>stark eingeschränkt</b> 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.	<b>geringfügig eingeschränkt</b> 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.	<b>nicht eingeschränkt</b> Reaktion auf Ansprechen. Missempfindungen ODER Schmerzen werden wahrgenommen und können benannt werden.	....
<b>Feuchtigkeit</b> Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist	<b>ständig feucht</b> Die Haut ist ständig feucht durch Schweiß, Urin usw. Nässe wird bei jedem Bewegung festgestellt.	<b>oft feucht</b> Haut ist oft feucht, aber nicht immer. Bettwäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden.	<b>manchmal feucht</b> Die Haut ist hin und wieder feucht, die Wäsche muss zusätzlich einmal täglich gewechselt werden.	<b>selten feucht</b> Die Haut ist normalerweise trocken. Wäschewechsel nur routinemäßig.	....
<b>Aktivität</b> Grad der körperlichen Aktivität	<b>bettlägerig</b> Das Bett kann nicht verlassen werden.	<b>sitzt auf</b> Kann mit Hilfe etwas laufen. Kann das eigene Gewicht nicht alleine tragen. Braucht Hilfe um aufzusitzen (Bett, Stuhl, Rollstuhl).	<b>Gehen</b> Geht mehrmals am Tag, aber nur kurze Strecken. Teils mit, teils ohne Hilfe. Verbringt die meiste Zeit im Bett/Lehnstuhl/ Rollstuhl.	<b>regelmäßiges Gehen</b> Verlässt das Zimmer mindestens zweimal am Tag. Geht tagsüber im Zimmer etwa alle zwei Stunden auf und ab.	....
<b>Mobilität</b> Fähigkeit, die Körperposition zu halten und zu verändern	<b>vollständige Immobilität</b> Selbst die geringste Lageänderung des Körpers oder von Extremitäten wird nicht ohne Hilfe durchgeführt.	<b>stark eingeschränkt</b> Eine Lageänderung des Körpers oder von Extremitäten wird hin und wieder selbstständig durchgeführt, aber nicht regelmäßig.	<b>geringfügig eingeschränkt</b> Geringfügige Lageänderungen des Körpers oder der Extremitäten werden regelmäßig und selbstständig durchgeführt.	<b>nicht eingeschränkt</b> Lageänderungen werden regelmäßig und ohne Hilfe durchgeführt.	....
<b>Ernährung</b> Allgemeines Ernährungsverhalten	<b>schlechte Ernährung</b> 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.	<b>wahrscheinlich unzureichende Ernährung</b> 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. Sondernahrung.	<b>ausreichende Ernährung</b> 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.	<b>gute Ernährung</b> Isst alle Mahlzeiten, weist keine zurück. Nimmt normalerweise vier eiweißhaltige Portionen (Milchprodukte, Fleisch) zu sich, manchmal auch eine Zwischenmahlzeit. Braucht keine Nahrungsergänzung.	....
<b>Reibungs- und Scherkräfte</b>	<b>Problem</b> 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.	<b>potenzielles Problem</b> 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.	<b>kein feststellbares Problem</b> 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.		....
<b>Summe:</b>					....

> 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

Hat der Patient Spastiken/Kontrakturen?

nein  ja

Ist der Patient stark athropiert?

nein  ja

Ist der Patient Diabetiker?

nein  ja

Lag in der Vergangenheit ein Dekubitus vor?

nein  ja

Sitzt der Pat. auf einer bestehenden Wunde/abgeheiltem Dekubitus?

nein  ja

Kann der Pat. sensitive Reize im Sitzbereich nicht oder nur eingeschränkt wahrnehmen?

nein  ja

Schmerzerhebung als Anlage beigefügt

nein  ja

Besteht Sitzstabilität?

nein  ja

Ist die Adduktion/Abduktion beeinträchtigt?

nein  ja

Liegt ein progressiver Krankheitsverlauf, z.B. Multiple Sklerose - MS, Amyotrophe Lateralsklerose - ALS vor?

nein  ja

Sitzt der Pat. asymmetrisch, z.B. wegen Beckenschiefstand, Amputation, Skoliose, Hemiplegie?

nein  ja

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

Leidet der Pat. an dauerhaften Schmerzen?  nein  ja

Entlastet der Pat. bewusst den Sitzbereich?  nein  ja

passive/aktive Sitzpositionsveränderung?  nein  ja

Besteht eine Gelenkeinstellung?  nein  ja

## 5.4 Weitere Entscheidungskriterien – Angaben zur Rollstuhlversorgung

Standard-     Starrahmen-     Leichtgewicht-     Aktiv-     Pflege-     Elektrorollstuhl

Hersteller ..... Modell .....

Sitzbreite ..... cm    Sitztiefe ..... cm    Rückenhöhe ..... cm    Ist der Rollstuhl an die Körpermaße angepasst?  nein  ja

Höhenverstellbare Armlehnen  nein  ja    Höhenverstellbare Fußrasten  nein  ja

Durchschnittliche Sitzdauer auf dem Kissen? ununterbrochen am Stück    Std.    insgesamt pro Tag    Std.

Nutzung des Kissens auf verschiedenen Sitzgelegenheiten? Wenn ja, wo und wie lange:

Gibt es weitere Anforderungen (z.B. Latexallergie, Patientenpräferenzen): .....

## 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.  allgemeines Risiko     mittleres Risiko     hohes Risiko     sehr hohes Risiko

c) 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)