

Pflegerisches Basis-Assessment (BAss)

Name: _____ Pflegegrad vorhanden : 1 2 3 4 5 Datum: _____ Station: _____

			selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig	
Mobilität	1.1	G5	Positionswechsel im Bett durchführen können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	1.2	G6	Stabile Sitzposition halten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	1.3	G6	Aufstehen aus sitzender Position/Umsetzen können	<input type="checkbox"/> 0 15	<input type="checkbox"/> 1 10	<input type="checkbox"/> 2 5	<input type="checkbox"/> 3 0
	1.4	G6	Gehfähigkeit, Fortbewegung auf ebener Fläche	<input type="checkbox"/> 0 15	<input type="checkbox"/> 1 10	<input type="checkbox"/> 2 5	<input type="checkbox"/> 3 0
			Setzt Gehhilfen ein: _____ <input type="checkbox"/> keine Gehhilfen				
	1.5		Treppensteigen	<input type="checkbox"/> 0 10	<input type="checkbox"/> 1 5	<input type="checkbox"/> 2 5	<input type="checkbox"/> 3 0
		Sturzgeschichte in den letzten 6 Monaten	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> 1-2 Stürze	<input type="checkbox"/> 3 und mehr Stürze		
Selbstversorgung	4.1	A	Vorderen Oberkörper waschen können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	4.2	A	Kämmen, Zahn-/Mundpflege, Rasur durchführen können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	4.3	A	Intimbereich waschen können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	4.4		Duschen oder baden können	<input type="checkbox"/> 0 5	<input type="checkbox"/> 1 0	<input type="checkbox"/> 2 0	<input type="checkbox"/> 3 0
	4.5		Oberkörper an-/auskleiden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	4.6		Unterkörper an-/auskleiden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	4.7		Nahrung mundgerecht zubereiten, Getränke eingießen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	4.8	B	Essen können (bereitgestellte, zubereitete Speisen)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
		G10	Ernährungsverhalten Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm BMI: _____	<input type="checkbox"/> isst normale Portion	<input type="checkbox"/> isst >1/2 Portion o. Sondennahrung	<input type="checkbox"/> isst i.d.R. <1/2, o. lässt Mahlzeit ausfallen	<input type="checkbox"/> isst i.d.R. 1/3 der Mahlzeiten
	4.13		Parenterale Ernährung oder Sondennahrung <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Versorgung selbstständig	<input type="checkbox"/> nicht täglich	<input type="checkbox"/> (6 P) tägl. ergänzend zur oralen Nahrung	<input type="checkbox"/> (3 P) keine orale Nahrungszufuhr
	4.9		Trinken können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
	4.10	C3	Toilette/Toilettenstuhl benutzen können	<input type="checkbox"/> 0 10	<input type="checkbox"/> 2 5	<input type="checkbox"/> 4 5	<input type="checkbox"/> 6 0
	4.11	G9	Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
		C2	Folgen einer Harninkontinenz bewältigen, Umgang mit DK/Urostoma	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 5	<input type="checkbox"/> 2 5	<input type="checkbox"/> 3 0
4.12	C2	Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen, Umgang mit Stoma	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 5	<input type="checkbox"/> 2 5	<input type="checkbox"/> 3 0	
		Stuhlfrequenz _____ pro Woche					
Kognition, Wahrnehmung, Kommunikation	2.1	G1/ G10	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	2.3	G1/ G10	Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	2.2	G1/ G10	Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/> 0 15	<input type="checkbox"/> 1 10	<input type="checkbox"/> 2 5	<input type="checkbox"/> 3 0
	2.4		Erinnern an wesentliche Ereignisse o. Beobachtungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	2.5	G1	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	<input type="checkbox"/> 0 15	<input type="checkbox"/> 1 5	<input type="checkbox"/> 2 0	<input type="checkbox"/> 3 0
	2.6		Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	2.7	G1	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	<input type="checkbox"/> 0 15	<input type="checkbox"/> 1 10	<input type="checkbox"/> 2 5	<input type="checkbox"/> 3 0
	2.8		Erkennen von Risiken und Gefahren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	2.9	G10/E	Mitteilung elementarer Bedürfnisse	<input type="checkbox"/> 0 15	<input type="checkbox"/> 1 5	<input type="checkbox"/> 2 5	<input type="checkbox"/> 3 0
	2.10		Verstehen von Aufforderungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	2.11		Beteiligung an einem Gespräch	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
		G10/ A3	Sensorisches Empfindungsvermögen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
			Hörfähigkeit <input type="checkbox"/> Hörgerät vorhanden	<input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> leichte Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> mittlere Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> schwere Beeinträchtigung / taub
			Sehfähigkeit <input type="checkbox"/> Neglect	<input type="checkbox"/> kein Problem 15	<input type="checkbox"/> schw. 10 Lesestörung, findet sich in bekannter U. zurecht	<input type="checkbox"/> Problem 5 in unbekannter Umgebung	<input type="checkbox"/> findet sich nicht zurecht 0
		Quantitative Bewusstseinseinschätzung	<input type="checkbox"/> wach 0	<input type="checkbox"/> benommen 1	<input type="checkbox"/> somnolent /soporös 2	<input type="checkbox"/> komatös 3	
	G10/E	Fremdsprachigkeit, Kommunikation nur mit Dolmetscher möglich	<input type="checkbox"/> ja 1	<input type="checkbox"/> nein	Sprache: _____		

			kommt nicht/ selten vor	selten < 3-mal/Wo.	häufig > 2-mal/Wo.	täglich
Verhalten	3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten z.B. Hin-/Weglauff Tendenz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.2	Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.3	Selbstschädigendes u. autoaggressives Verhalten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.4	G1 Beschädigen von Gegenständen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.5	G1 Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.6	G1 Verbale Aggression	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.8	G1 Abwehrverhalten gegenüber pflegerischen Maßnahmen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.9	G10/A3 Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.12	G10/A3 Sozial inadäquate Verhaltensweisen/Handlungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.10	E1/2 Ängste	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.11	Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5

Risiken, Prävention		Pflegefachliche Einschätzung		0=kein Risiko	1=Risiko besteht	3=hohes Risiko
Nicht NBA relevant		Sturzrisiko	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	
		Dehydrationsrisiko	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	
	G8/B4	Schluckstörung/Aspirationsrisiko	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> beaufsichtigungspflichtig
		Risiko einer Mangelernährung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	
		Risiko bei der Medikamentenversorgung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	
	G10/H1	Pneumonierisiko	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	
		Thromboserisiko	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	
	G10/D A7/G1G 5/D2	Dekubitusrisiko	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	
		<input type="checkbox"/> Infektionsrisiko <input type="checkbox"/> Risiko der Keimübertragung (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	
		Feuchtigkeitsbelastung der Haut	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> ständig
	Risikofaktoren für die Hautschädigung durch Scherkräfte	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> geringe	<input type="checkbox"/> hohe		

Zustände mit Überwachungs-/Unterstützungsbedarf		vorhanden			nicht vorhanden	Sonstiges:
Nicht NBA relevant	G7/A	<input type="checkbox"/> Akute Atemnot <input type="checkbox"/> respiratorische Insuffizienz	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
	G7/A	Beatmung <input type="checkbox"/> intermittierend <input type="checkbox"/> kontinuierlich	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
	G7/A	Tracheostoma <input type="checkbox"/> absaugpflichtig <input type="checkbox"/> nicht absaugpflichtig	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> Enterostoma-/Urostoma	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
	G7/A	(Herz-Kreislauf)-Monitoring	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
	G7/A	Instabile Herz-Kreislaufsituation	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
		Schwankende Blutzuckerwerte	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
		Fieber	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
	G10/A3	<input type="checkbox"/> Wachkoma <input type="checkbox"/> Tetraplegie <input type="checkbox"/> Hemiplegie	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
		Erhöhter Überwachungsaufwand d. Eigen-/Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
		Postoperative Phase	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
	G4	Schmerzen (<input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> chronisch)	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
	G10/A3	Fatigue	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> schwere Fatigue mit erheblichen Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten	
		Zu- und Ableitungssysteme (*siehe <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
	C3	Erhöhte Ausscheidungsfrequenz: Stuhl/Urin	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
	G11/B	Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
	Ersch.	Anlegen von Orthesen/Prothesen: _____ <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> selbstständig 0	<input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig 1	<input type="checkbox"/> überwiegend unselbstst. 2	<input type="checkbox"/> unselbstständig 3
	G10/D	Dekubitus <input type="checkbox"/> kein Dekubitus	<input type="checkbox"/> Stadium I 1	<input type="checkbox"/> Stadium II 2	<input type="checkbox"/> Stadium III 3	<input type="checkbox"/> Stadium IV 4
G10/G1	Sonstige Wunden	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein			

*** Weitere Zu-/Ableitung 3**
 Harnableitungssystem
 ZVK Shunt Port
 Drainagen Magensonde

Ergebnis des Patienten	NBA-Punktwertberechnung					BAAss-Index
	keine	geringe	erhebliche	schwere	vollständige	BAAss-Werte eintragen
Schweregrad der Beeinträchtigungen/Selbstpflegefähigkeit						
Mobilität (Punktwert Patient)	0-1	2-3	4-5	6-9	10-15	
Mobilität (Punktwert gewichtet)	0	2,5	5	7,5	10	
Selbstversorgung (Punktwert Patient)	0-2	3-7	8-18	19-36	37-54	
Selbstversorgung (Punktwert gewichtet)	0	10	20	30	40	
Kommunikation (Punktwert Patient)	0-1	2-5	6-10	11-16	17-33	
Verhalten (Punktwert Patient)	0	1-2	3-4	5-6	7-65	
Höchster Wert	0	3,75	7,5	11,25	15	
Ergebnis Pflegegrad ≥	Punkte:		Pflegegrad ≥			
Risiken						
Patientenzustände						
BAAss-Index-Summe						
Fallschwere 1-10:	1 (21-40)	2 (41-60)	3 (61-80)	4 (81-100)	5 (101-120)	
BAAss Nursing-Case-Index	6 (121-140)	7 (141-160)	8 (161-180)	9 (181-200)	10 (>200)	
Barthel-Index	Punkte:					
Erweiterter Barthel-Index	Punkte:					

Poststationärer Versorgungsbedarf festgestellt am: _____

Angemeldet	Datum + HZ
<input type="checkbox"/> Casemanagement	_____
<input type="checkbox"/> Sozialdienst	_____
<input type="checkbox"/> Wundmanagement	_____
<input type="checkbox"/> Stomatherapie	_____
<input type="checkbox"/> Ernährungssteam	_____

Datum, Unterschrift

PKMS-Relevanz	Pflegegrad 1 ab 12,5 bis 27 Punkte	Pflegegrad 3 ab 47,5 bis 70 Punkte	Pflegegrad 5 ab 90 bis 100 Punkte
	Pflegegrad 2 ab 27 bis 47,5 Punkte	Pflegegrad 4 ab 70 bis 90 Punkte	