

Pflegerisches Basis-Assessment Akutpflege

Name:

Datum:

Station:

			selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
Mobilität	1.1	Positionswechsel im Bett durchführen können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	1.2	Stabile Sitzposition halten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	1.3	Aufstehen aus sitzender Position/ Umsetzen können	<input type="checkbox"/> 0 <u>15</u>	<input type="checkbox"/> 1 <u>10</u>	<input type="checkbox"/> 2 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 3 <u>0</u>
	1.4	Fortbewegen/gehen können	<input type="checkbox"/> 0 <u>15</u>	<input type="checkbox"/> 1 <u>10</u>	<input type="checkbox"/> 2 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 3 <u>0</u>
	1.5	Treppensteigen	<input type="checkbox"/> 0 <u>10</u>	<input type="checkbox"/> 1 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 2 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 3 <u>0</u>
Selbstversorgung	Stürze in der näheren Vergangenheit			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	4.1	Vorderen Oberkörper waschen können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	4.2	Kämmen, Zahn-/Mundpflege, Rasur durchführen können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	4.3	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 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 1 <u>0</u>	<input type="checkbox"/> 2 <u>0</u>	<input type="checkbox"/> 3 <u>0</u>
	4.5	Oberkörper an-/auskleiden	<input type="checkbox"/> 0 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 1 <u>0</u>	<input type="checkbox"/> 2 <u>0</u>	<input type="checkbox"/> 3 <u>0</u>
	4.6	Unterkörper an-/auskleiden	<input type="checkbox"/> 0 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 1 <u>0</u>	<input type="checkbox"/> 2 <u>0</u>	<input type="checkbox"/> 3 <u>0</u>
	4.7	Nahrung mundgerecht zubereiten, Getränke eingießen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 2 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 3 <u>0</u>
	4.8	Essen können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3 <u>10</u>	<input type="checkbox"/> 6 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 9 <u>0</u>
	Ernährungsverhalten			<input type="checkbox"/> isst normale Portion	<input type="checkbox"/> isst >1/2 Portion o. Sondernahrung	<input type="checkbox"/> ist i.d.R. <1/2, o. lässt Mahlzeit ausfallen
	Parenterale Ernährung oder Sondernahrung			<input type="checkbox"/> nicht tägl.	<input type="checkbox"/> tägl. ergänzend zur oralen Nahrung (6 P)	<input type="checkbox"/> keine orale Nahrungszufluhr (3 P)
	4.9	Trinken können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
	4.10	Toilette/Toilettenstuhl benutzen können	<input type="checkbox"/> 0 <u>10</u>	<input type="checkbox"/> 2 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 4 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 6 <u>0</u>
	4.11	Folgen einer Harninkontinenz bewältigen, Umgang mit DK und Urostoma	<input type="checkbox"/> 0 <u>10</u>	<input type="checkbox"/> 1 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 2 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 3 <u>0</u>
	4.12	Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen, Umgang mit Stoma	<input type="checkbox"/> 0 <u>10</u>	<input type="checkbox"/> 1 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 2 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 3 <u>0</u>
Kognition, Wahrnehmung, Kommunikation			vorhanden	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
	2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	2.2	Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	2.3	Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	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	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	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	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	<input type="checkbox"/> 0 <u>15</u>	<input type="checkbox"/> 1 <u>10</u>	<input type="checkbox"/> 2 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 3 <u>0</u>
	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	Mitteilung elementarer Bedürfnisse	<input type="checkbox"/> 0 <u>15</u>	<input type="checkbox"/> 1 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 2 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 3 <u>0</u>
	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
Sensorik	Sensorisches Empfindungsvermögen			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Hörfähigkeit			<input type="checkbox"/> kein Problem	<input type="checkbox"/> beeinträchtigte Kommunikation	<input type="checkbox"/> Hörgerät vorhanden
	Sehfähigkeit/Neglect			<input type="checkbox"/> kein Problem	<input type="checkbox"/> Problem in unbekannter Umgebung	<input type="checkbox"/> findet sich nicht zurecht
	Quantitative Bewusstseinseinschätzung			<input type="checkbox"/> wach	<input type="checkbox"/> benommen	<input type="checkbox"/> somnolent
						<input type="checkbox"/> komatos

			kommt nicht vor	selten < 3-mal pro Wo.	häufig > 2-mal pro Wo.	täglich	
Verhalten	3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten z.B. Weglaufen	<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	Beschädigen von Gegenständen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	
	3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	
	3.6	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	Abwehrverhalten gegenüber pflegerischer Maßnahmen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	
	3.9	Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	
	3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen/Handlungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	
	3.10	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					Kein Risiko	Risiko besteht	Hohes Risiko
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zustände mit Überwachungsbedarf					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>