

# Pflegerisches Basis-Assessment Akutpflege

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 <b>15</b>	<input type="checkbox"/> 1 <b>10</b>	<input type="checkbox"/> 2 <b>5</b>	<input type="checkbox"/> 3 <b>0</b>
	1.4	G6	Gehfähigkeit, Fortbewegung auf ebener Fläche	<input type="checkbox"/> 0 <b>15</b>	<input type="checkbox"/> 1 <b>10</b>	<input type="checkbox"/> 2 <b>5</b>	<input type="checkbox"/> 3 <b>0</b>
			Setzt Gehhilfen ein: _____				
		Ersch.	Anlegen von Orthesen/Prothesen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
1.5		Treppensteigen	<input type="checkbox"/> 0 <b>10</b>	<input type="checkbox"/> 1 <b>5</b>	<input type="checkbox"/> 2 <b>5</b>	<input type="checkbox"/> 3 <b>0</b>	
		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 <b>5</b>	<input type="checkbox"/> 1 <b>0</b>	<input type="checkbox"/> 2 <b>0</b>	<input type="checkbox"/> 3 <b>0</b>
	4.5		Oberkörper an-/auskleiden	<input type="checkbox"/> 0 <b>5</b>	<input type="checkbox"/> 1 <b>0</b>	<input type="checkbox"/> 2 <b>0</b>	<input type="checkbox"/> 3 <b>0</b>
	4.6		Unterkörper an-/auskleiden	<input type="checkbox"/> 0 <b>10</b>	<input type="checkbox"/> 1 <b>0</b>	<input type="checkbox"/> 2 <b>0</b>	<input type="checkbox"/> 3 <b>0</b>
	4.7		Nahrung mundgerecht zubereiten, Getränke eingießen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <b>5</b>	<input type="checkbox"/> 2 <b>5</b>	<input type="checkbox"/> 3 <b>5</b>
	4.8	B	Essen können (bereitgestellte, zubereitete Speisen)	<input type="checkbox"/> 0 <b>10</b>	<input type="checkbox"/> 3 <b>10</b>	<input type="checkbox"/> 6 <b>5</b>	<input type="checkbox"/> 9 <b>0</b>
		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"/> 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 <b>10</b>	<input type="checkbox"/> 2 <b>5</b>	<input type="checkbox"/> 4 <b>5</b>	<input type="checkbox"/> 6 <b>0</b>
	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 <b>10</b>	<input type="checkbox"/> 1 <b>5</b>	<input type="checkbox"/> 2 <b>5</b>	<input type="checkbox"/> 3 <b>0</b>	
4.12	C2	Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen, Umgang mit Stoma	<input type="checkbox"/> 0 <b>10</b>	<input type="checkbox"/> 1 <b>5</b>	<input type="checkbox"/> 2 <b>5</b>	<input type="checkbox"/> 3 <b>0</b>	
		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
	2.2	G1/G10	Örtliche Orientierung	<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
	2.4		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	<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	G1	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	<input type="checkbox"/> 0 <b>15</b>	<input type="checkbox"/> 1 <b>10</b>	<input type="checkbox"/> 2 <b>5</b>	<input type="checkbox"/> 3 <b>0</b>
	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 <b>15</b>	<input type="checkbox"/> 1 <b>5</b>	<input type="checkbox"/> 2 <b>5</b>	<input type="checkbox"/> 3 <b>0</b>
	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"/> kein Problem	<input type="checkbox"/> beeinträchtigte Kommunikation		
			Sehfähigkeit <input type="checkbox"/> Neglect	<input type="checkbox"/> kein Problem	<input type="checkbox"/> schw. Lesestörung, findet sich in bekannter U. zurecht	<input type="checkbox"/> Problem in unbekannter Umgebung	<input type="checkbox"/> findet sich nicht zurecht
		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. Weglauftendenz	<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	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

			Pflegfachliche Einschätzung		
			0=kein Risiko	1=Risiko besteht	3=hohes Risiko
Risiken, Prävention		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
		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

			vorhanden	nicht vorhanden	Sonstiges:
Zustände mit Überwachungs-/ Unterstützungsbedarf	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	Absaugpflichtiges Tracheostoma	<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
	G10/G1	Wunde	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein	
		Zu- und Ableitungssysteme *	<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		
G10/D	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	

- \* Welche Zu-/Ableitung**
- Harnableitungssystem
  - Stomaanlage
  - ZVK  Shunt  Port
  - Drainagen  Magensonde
  - Tracheostoma

### Ergebnis des Patienten

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

**Poststationärer Versorgungsbedarf festgestellt an:** \_\_\_\_\_

Angemeldet \_\_\_\_\_ Datum + HZ \_\_\_\_\_

- Casemanagement \_\_\_\_\_
- Sozialdienst \_\_\_\_\_
- Wundmanagement \_\_\_\_\_
- Stomatherapie \_\_\_\_\_
- Ernährungssteam \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift

PKMS-  
Relevanz

Pflegegrad 1 ab 12,5 bis 27 Punkte  
Pflegegrad 2 ab 27 bis 47,5 Punkte

Pflegegrad 3 ab 47,5 bis 70 Punkte  
Pflegegrad 4 ab 70 bis 90 Punkte

Pflegegrad 5 ab 90 bis 100 Punkte