



Begleitung und Beratung

Leitfaden für die schriftliche Ausarbeitung zu den
Praxisbesuchen



BBS Soltau LOKO Pflege
Stand: 25.09.2019

Berufsbildende Schulen Soltau
Lernortkooperation (LOKO) Pflege
Winsener Str. 107
29614 Soltau
Telefon 05191 971 252
Telefax 05191 971 257
E-Mail bernet@bbsoltau.de
Internet www.bbssoltau.de

Liebe Auszubildende,

während Ihrer Pflegeausbildung bekommen Sie insgesamt fünfmal eine Praxisaufgabe von der Schule. Diese Praxisaufgabe wird benotet. Dazu werden Sie durch Ihre Patin/Ihren Paten im Ausbildungsbetrieb besucht. Bei den Praxisbesuchen wird die praktische Durchführung der Aufgabe ebenso beurteilt wie die dazugehörige schriftliche Ausarbeitung.

In diesem Leitfaden erfahren Sie, wie Sie die schriftliche Ausarbeitung anfertigen.

Dieser Leitfaden dient als Hilfestellung für Ihre schriftliche Ausarbeitung. Die Einzelheiten der Pflegeplanung nach dem Prinzip der Strukturierten Informationssammlung (SIS®) sowie die Formulierung von Pflegediagnosen können hier nur kurz angerissen werden. Sie werden im Unterricht vertieft behandelt.

Der Umfang der schriftlichen Ausarbeitung wird mit jedem Praxisbesuch erweitert.

Ausschlaggebend dafür ist Ihre jeweilige Praxisaufgabe, die vorgibt, welche pflegerischen Maßnahmen Sie zeigen und welche Punkte Sie schriftlich zu bearbeiten haben.

Bewertet werden dann jeweils nur die Punkte, die für die schriftliche Ausarbeitung der jeweiligen Praxisaufgabe festgelegt sind (erkennbar durch die Nummerierung 1.- 5. in Spalte V des Beurteilungsbogens in Ihrem Praxisordner).

Beispiele aus dem Beurteilungsbogen:

Die Kriterien a) bis c), f) und g), r) und s) werden bereits ab dem 1. Praxisbesuch beurteilt. Erst ab dem 3. Besuch erfolgt beispielsweise die Beurteilung der Punkte e), j) sowie o) bis q) im Beurteilungsbogen. Ab dem 4. Besuch werden alle Punkte beurteilt außer t), u) und v).

So sollten Sie vorgehen:

- Sie lesen für jeden Praxisbesuch im Leitfaden nach, welche Punkte Sie in Ihrer Ausarbeitung bearbeiten müssen.
- Sie überprüfen auf dem Beurteilungsbogen (im Praxisordner) welche Punkte beurteilt werden und welche nicht.
- Sie erstellen dann die schriftliche Ausarbeitung nur zu den Punkten, die Ihre Praxisaufgabe beschreibt und die auf dem Beurteilungsbogen festgelegt sind.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg!

Ihr Lehrerinnen/Lehrer- Team

Die Formale Gestaltung der Ausarbeitung

- Die Ausarbeitung wird auf dem PC angefertigt
- Schriftart: Arial oder Times New Roman; Schriftgröße: 12, Zeilenabstand 1,5
- Rand links 3 cm; rechts 3 cm. Achten Sie darauf, sinnvolle Absätze im Text zu machen.
- Die Seiten werden nummeriert. Bedenken Sie: das Deckblatt (Beispiel siehe nächste Seite), das Inhaltsverzeichnis (Beispiel siehe übernächste Seite) und der Anhang haben keine Seitenzahlen. Die Seitennummerierung beginnt also bei Kapitel 1 (Informationssammlung).
- Bitte stecken Sie Ihre Blätter nicht einzeln in Hüllen, sondern heften Sie sie mit Heftstreifen zusammen.
- Ihre fertige Ausarbeitung senden Sie spätestens **48** bzw. **24 Stunden** vor dem Besuch an Ihre Patin/Ihren Paten per E-Mail. Einzelheiten dazu erfahren Sie von Ihrer Patin/Ihrem Paten. Die jeweilige E-Mailadresse setzt sich zusammen aus dem Lehrernachnamen @ bbssoltau.de (z.B. meier@bbssoltau.de).
- Am Tag des Praxisbesuches bringen Sie die schriftliche Ausarbeitung bitte in **dreifacher** Ausführung mit.

Das Deckblatt

Das Deckblatt ist übersichtlich gestaltet und enthält folgende Angaben:

- Schule: BBS Soltau, Winsener Str. 107, 29614 Soltau, 05191-971250, BFAU1, Kurs 2019/2022 (Beispiel)
- links oben das Logo der BBS und rechts oben das Logo des Betriebes (soweit vorhanden). Bitte fügen Sie keine weiteren „Verzierungen“ ein.
- Schriftliche Ausarbeitung für den 1./2./3./4. oder 5. Praxisbesuch im Rahmen der Ausbildung zur Altenpflegerin/zum Altenpfleger
- Thema der Arbeit
- vorgelegt von: Ihr Name, Ihre Adresse, Ihre Telefonnummer
- Ausbildungsbetrieb: Haus XY, Straße, Postleitzahl und Stadt, Telefonnummer
- Patin/Pate
- Praxisanleiter/in bzw. Mentor/in
- Datum/Uhrzeit der Prüfung

Beispiel Deckblatt:



BBS Soltau
Winsener Str. 107
29614 Soltau
05191-971250
BFA- _____
Kurs _____

Logo des
Betriebes

**Schriftliche Ausarbeitung zum 1. Praxisbesuch im Rahmen der
Ausbildung zur Altenpflegerin/zum Altenpfleger**

Thema: Grundpflege im Bett mit Transfer in den Rollstuhl (Beispiel)

Vorgelegt von: Friedrich Frei, Rosenstraße 9,
12345 Fliegenthal, Telefonnummer:

Ausbildungsbetrieb: Haus XY, Straße, Postleitzahl/ Stadt,
Telefonnummer

Patin/Pate: Fr. XY

Praxisanleiter/in: Fr. XY

Datum: _____

Uhrzeit: _____ Uhr

Das Inhaltsverzeichnis

Das Inhaltsverzeichnis trägt die Überschrift „Inhalt“.

Nummerierung und Überschriften für die Kapitel sind festgelegt (siehe unten) und müssen genauso von Ihnen übernommen werden.

Im Anhang fügen Sie weitere Unterlagen bei, z.B. die Einverständniserklärung des Klienten, Hausstandards usw.

Beispiel:

Inhalt		Seite
1. Informationssammlung		1
1.1 Stammdaten (SIS® Feld A)		1
	[ab dem 1. Praxisbesuch]	
1.2 Ausgangspunkt der Strukturierten Informationssammlung (SIS® Feld B)		2
	[ab dem 1. Praxisbesuch]	
1.3 Biografische Angaben		3
	[ab dem 1. Praxisbesuch]	
1.4 Pflegeanlass		4
	[ab dem 2. Praxisbesuch]	
1.5 Medizinische Angaben		5
1.5.1	Medizinische Diagnosen [ab dem 2. bzw. 3. Praxisbesuch]	..
1.5.2	Medikamente [ab dem 3. Praxisbesuch]	..
1.6 Hilfebedarf und Verständigungsprozess (SIS® Feld C1 Themenfelder)		..
	[ab dem 2. Praxisbesuch]	..
1.7 Risikomatrix (SIS® Feld C7)		..
	[ab dem 3. Praxisbesuch]	..
1.8 Prüfungsrelevante Pflegemaßnahmen und Ziele		..
	[ab dem 2. Praxisbesuch]	..
2. Tagesstrukturierende Maßnahmenplanung		..
	[ab dem 3. Praxisbesuch]	..
3. Handlungsschritte der Durchführung		..
	[ab dem 1. Praxisbesuch]	..
4. Skizze zur Beratung, Betreuung und Anleitung		..
	[ab dem 5. Praxisbesuch]	..
Anhang [ab dem 1. Praxisbesuch]		
	Einwilligung des Klienten/Betreuers	
	Eigene Erklärung zur selbstständigen Abfassung der schriftlichen Ausarbeitung	
	u. a.	

1. Informationssammlung

1.1 Stammdaten (SIS® Feld A) [ab 1. Praxisbesuch (PB)]

Die Stammdaten geben einen ersten Überblick über Ihre Klientin/Ihren Klienten. Sie sind immer Bestandteil der Pflegedokumentation.

Beispiel:

Name des Klienten/der Klientin: Anonymisieren!!! → Frau A.	Alter: 89 Jahre	Religion: evangelisch	Nationalität: deutsch
Pflegegrad: 2 Begründung¹ → ab 2. PB Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit - Frau A. benötigt Anleitung bei der Grundpflege. Fr. A. hat mehrmals täglich einen Hilfebedarf, kommt mehrere Stunden allein zurecht. ...	Gespräch mit Klient: 18. 08 .2019 ...	Gespräch mit Angehörigen: 19. 08. 2019 ...	Handzeichen - PK: WM
	Bevollmächtigte/ gesetzliche Betreuung [ab 1. PB nennen. Aufgabenkreise erst ab dem 3. PB]: Bevollmächtigte Frau M. (Tochter): Finanzen Aufenthaltsbestimmung Gesundheit	Richterliche Beschlüsse: keine	Sonstiges: z. B. im Notfall Tochter benachrichtigen Patientenverfügung im Nachtschrank

1.2 Ausgangspunkt der strukturierten Informationssammlung (SIS® Feld B) [ab 1. PB]

Der Ausgangspunkt der strukturierten Informationssammlung (SIS®) ist es immer, wie die pflegebedürftigen Personen (ggf. deren Angehörige oder Betreuer) die konkrete Lebens- und Pflegesituation selbst schildern. Zunächst äußern Klienten also selbst ihre Wünsche und ihren Bedarf an Hilfe und Unterstützung.

Mit den unten aufgeführten Fragestellungen kann das Gespräch eröffnet werden. Wichtig ist, dass der wörtliche Originalton der pflegebedürftigen Person zur eigenen Einschätzung der Situation ungefiltert wiedergegeben wird.

¹ Siehe Unterricht im Lernbereich 6

Gespräch mit Klient/in und/oder Angehörigen:

„Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?...“

→ weitere offene Fragen stellen

→ Originalton (= wörtliche Rede) wiedergeben

Klient/in:

„Ich möchte so lange wie möglich zu Hause wohnen. Beim Gehen fühle ich mich unsicher - vor allem wegen der Schwindelattacken. Ich kann nicht mehr allein duschen...“.

→ Wenn sich Klienten verbal nicht äußern können (aufgrund kognitiver Einschränkung, Sprachstörung etc.), notieren Sie hier Ihre Beobachtungen.

Angaben der Angehörigen (z. B. Tochter) oder Betreuer:

„Ich beobachte, dass meine Mutter immer unselbstständiger wird. Sie vergisst oft ihren Gehstock zu benutzen....“.

1.3 Biografische Angaben [ab 1. PB]

Biografie bedeutet „Lebensgeschichte“. Hier stellen Sie dar, welche Ereignisse das Leben des Klienten/der Klientin auszeichnen. Welche Ereignisse haben ihn/sie besonders geprägt, wovon erzählt er/sie Ihnen (Kindheit, Jugend, Familie, Beruf, Interessen...).

Schreiben Sie aber keinen Lebenslauf (also eine Aneinanderreihung von Daten und Fakten) und nicht mehr als eine Seite.

1.4 Pflegeanlass [ab 2. PB]

Der Pflegeanlass beschreibt, wie und warum der Pflegebedarf entstanden ist und aus welchem Grunde die professionelle Pflege erforderlich ist. Formulieren Sie die Pflegeanlässe nur für die von Ihnen im Praxisbesuch gezeigten Handlungen.

Pflegeanlässe können sehr gut mit Hilfe von Pflegediagnosen formuliert werden.

Eine Pflegediagnose beinhaltet in der Regel:

Pflegediagnosetitel = Problem (P) → Benennung eines pflegerischen Problems, Art der Beeinträchtigung, z. B. *eingeschränkte Mobilität rechte Körperhälfte*

Ursachen = Entstehung (E) → ermittelte Ursache des Problems; wenn medizinische Diagnosen pflegerelevante Symptome aufzeigen, werden diese vermerkt, z. B. *Hemiplegie² rechts nach Apoplex*

Zeichen = Symptome (S), Ausmaß → Zeichen oder Symptome, an denen sich das Problem zeigt, z.B. *Gangunsicherheit*

² Hemiplegie rechts = Ursache für die Pflegerelevanz, nicht der Apoplex

Ressource (R)→ Möglichkeit oder Fähigkeit des pflegebedürftigen Menschen, das Problem zu kompensieren oder zu bewältigen

Beispiel einer Pflegediagnose:

1.) *Selbstversorgungsdefizit bei der Körperpflege (P)*

Eingeschränkte Beweglichkeit bei Hemiparese (E)

Beeinträchtigte Fähigkeit, die rechte Körperhälfte selbstständig zu waschen (S)

Bewohner kann mit Unterstützung Gesicht waschen (R).

1.5 Medizinische Angaben [ab 2. bzw. 3. PB]

Häufig ist eine Pflegebedürftigkeit krankheitsbedingt. In diesem Kapitel führen Sie die medizinischen Diagnosen und Medikamente auf, die Sie aus der Pflegedokumentation entnehmen können.

1.5.1 Medizinische Diagnosen

Die medizinischen Diagnosen übernehmen Sie vom Stammbblatt und ggf. aus den Arztbriefen. Soweit Ihr Ausbildungsstand es zulässt, ist es sinnvoll die Diagnosen nach Themen (z. B. Herz-Kreislauf-, Bewegungs-, Verdauungssystem usw.) zu sortieren, da sie oft im Zusammenhang stehen. So können Sie sich die einzelnen Diagnosen besser merken und erklären.

Beispiel:

Nummer	Diagnose und Übersetzung [ab 2. PB]	Erklärung [ab 3. PB]
1.	<i>Apoplex 2012 = Schlaganfall</i>	<i>Akute Durchblutungsstörung des Gehirns durch verminderte Blutversorgung oder Hirnblutung.</i>
2.	<i>Hypertonus = Bluthochdruck</i>	...
3.	<i>Herzinsuffizienz = Herzleistungsschwäche</i>	...
4.	<i>pAVK/ periphere arterielle Verschlusskrankheit= chronische Durchblutungsstörung der Arterien</i>	...
5.	<i>Diabetes mellitus Typ 2 = chronische Störung des Glukosestoffwechsels</i>	...
6.	<i>Polyneuropathie= Oberbegriff für bestimmte Erkrankungen des peripheren Nervensystems, die mehrere Nerven betreffen.</i>	...
7.

1.5.2 Medikamente [ab 3. PB]

Die Medikamente, die Ihr Klient/Ihre Klientin bekommt, entnehmen Sie ebenfalls der Dokumentation. Wichtig ist, dass Sie den Zusammenhang zu den Erkrankungen herstellen, indem Sie in Spalte 3 die Nummer der jeweiligen Diagnose schreiben (siehe oben).

Beispiel:

Medikamente	Arzneimittelgruppe / grundsätzliche Anwendung	Indikation beim Klienten/bei Klientin	Besonderheiten bei der Applikation
Furosemid 40 mg 1-0-0	Diuretikum / zur Ausschwemmung von Wasser, erhöht die Harnausscheidung	Zur Ausschwemmung der Ödeme Herzinsuffizienz (3)	nicht abends geben, wg. vermehrter Harnausscheidung in der Nacht
ASS 100 mg 1-0-0	Thrombozytenaggregationshemmer / zur Verhinderung der Entstehung von Blutgerinnseln; schmerzstillend, fiebersenkend, entzündungshemmend	Zur Verringerung der Blutgerinnung Apoplex (1)
...

1.6 **Hilfebedarf und Verständigungsprozess (SIS® Feld C1/Themenfelder) [ab 2. PB]**

Die Themenfelder dienen der Dokumentation der pflegfachlichen Beobachtung sowie der pflegfachlichen Einschätzung des Unterstützungsbedarfes von Klienten. Weiterhin werden sie zur Erfassung von Ressourcen, möglicher Risiken und von pflegerelevanten biografischen Informationen genutzt.

Mithilfe von sechs Themenfeldern kann die fachliche Einschätzung der Pflegebedürftigkeit vorgenommen werden.

Zu jedem Themenfeld gehört auch, dass sich Klienten und Pflegekräfte darüber verständigen, wie die pflegerische Unterstützung konkret aussehen soll (Verständigungsprozess).

Sie gehen folgendermaßen vor:

Zum 2. Praxisbesuch wählen Sie aus den Themenfeldern „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ (Themenfeld 1), „Mobilität und Beweglichkeit“ (2) oder „Selbstversorgung“ (4) **zwei** Themenfelder aus, die sie ausfüllen. Ab dem 3. Praxisbesuch füllen Sie **alle** Themenfelder aus.

Auf der nächsten Seite finden Sie ein Beispiel dafür, wie Sie die Themenfelder formal gestalten sollen (Beispiel für Themenfeld 2).

Formulierungshilfen für die einzelnen Themenfelder finden Sie unter anderem in dem folgenden Buch:

➔ *Standard Systeme GmbH (Hrsg.) (2016): SIS + NBA – Die Orientierungshilfe zur Dokumentation.*

Themenfeld 2: Mobilität und Beweglichkeit

Inwieweit ist die pflegebedürftige Person in der Lage sich frei und selbstständig zu bewegen? (...)

Sicht der pflegebedürftigen Person:

„Früher bin ich jeden Tag vor die Tür gegangen, ich habe meine Einkäufe erledigt oder war im Park. Das geht nun nicht mehr – die vier Stockwerke sind einfach zu viel. Ich habe das Gefühl, dass mir die Kraft fehlt. In der Wohnung gehe ich mit dem Gehstock. Doch durch die Schwindelattacken fühle ich mich doch unsicher.“

Pflegfachliche Einschätzung (Beobachtung, Befragung):

Frau A. ist mit dem Gehstock innerhalb der Wohnung mobil, ist gangunsicher und verlässt allein nicht mehr die Wohnung.

Frau A. kann ihre Liege- und Sitzposition selbstständig verändern, gute Sitzstabilität.

...

Verständigungsprozess:

Frau A. ist mit einem Beratungsgespräch zur Sturzgefahr/-prophylaxe einverstanden.

Frau A. spricht mit ihrem Hausarzt und lässt sich ein Rezept für einen Rollator ausstellen.

1.7 Risikomatrix (SIS® Feld C2) [ab 3. PB]

Die Risikomatrix dient der pflegefachlichen Einschätzung der individuellen pflegesensitiven Risiken. Hier stellt sich die Pflegefachkraft die Frage, ob es aufgrund der dokumentierten Informationen in einem oder mehreren Themenfeldern Hinweise auf ein Risiko gibt. In den vorgegebenen Spalten kreuzen Sie an, ob ein Risiko vorliegt oder nicht (ja/nein). Das Feld "Sonstiges" dient der Erfassung weiterer Risiken im Einzelfall (z. B. Kontrakturrengfahr...).

Wird die Kategorie "ja" angekreuzt, muss die Pflegekraft zusätzlich eine Entscheidung zu der Kategorie "weitere Einschätzung notwendig" treffen (ja/nein), um festzulegen, ob die Notwendigkeit für ein weiteres Assessment besteht. Wird auch hier "ja" angekreuzt, fügen Sie bitte den betreffenden Assessmentbogen als Anhang bei.

Am Ende dieses Leitfadens finden Sie die Vorgabe, wie die Risikomatrix aussehen muss.

1.8 Prüfungsrelevante Pflegemaßnahmen und Ziele [ab 2. PB]

In den von Ihnen gewählten Themenfeldern (s. o.) haben Sie zuvor den Pflegebedarf und eine Verständigung mit der Klientin/dem Klienten erreicht. Hieraus ergeben sich nun die Pflegemaßnahmen mit ihren Nah- oder Fernzielen.

Hier stellen Sie dar, welche Maßnahmen Sie im Rahmen des Praxisbesuches durchführen und welche Ziele Sie jeweils damit verfolgen.

Fertigen Sie eine Auflistung der Pflegemaßnahmen und der Ziele in Tabellenform an.

Beispiel:

Maßnahmen	Ziele
Blutdruck- und Pulsmessung bevor Fr. A. aufsteht	Vitalwerte werden korrekt erfasst. Krankhafte Veränderungen werden schnell und korrekt erkannt.
Hilfestellungen beim Aufstehen und gehen am Rollator	Fr. A. fühlt sich sicher und die Sturzgefahr ist minimiert. Ressourcen bleiben erhalten.
Unterstützung beim Umgang mit dem Duschstuhl und Hilfestellung beim Duschen	Fr. A. kann anhand der Haltegriffe und mithilfe eines Duschstuhles in der Dusche mit Unterstützung von der PFK einmal in der Woche duschen. Fr. A. fühlt sich wohl.
...	...

2. Tagesstrukturierende Maßnahmenplanung [ab 3. PB]

Diese Planung beschreibt die übliche Tagesstruktur des Klienten/der Klientin. Sie bezieht sich in aller Regel auf 24 Stunden und ist so übersichtlich gestaltet, dass der routinemäßige Ablauf der Versorgung und psychosozialen Betreuung für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schnell erkennbar ist.

Grundlage dieser Planung sind Ihre Erkenntnisse aus den SIS®- Themenfeldern und der Risikomatrix (s. o.).

Wenn Sie in einer stationären Einrichtung arbeiten, fertigen Sie die Tagesstruktur für diejenige Schicht an, in der Ihr Praxisbesuch stattfindet (in aller Regel ein Frühdienst). Sofern Sie in einem ambulanten Pflegedienst ausgebildet werden, stellen Sie die Maßnahmen über einen Zeitraum von einem Tag dar.

Es gibt kein einheitliches Dokument für die Maßnahmenplanung. Dieses gestaltet jede Pflegeeinrichtung individuell. Im Folgenden stellen wir Ihnen unser Dokument für die Maßnahmenplanung vor, was Sie so für Ihre schriftliche Ausarbeitung übernehmen sollten.

Tagesstrukturierende Maßnahmenplanung

Name:	Alter:	Handzeichen/PK:
Nr.:	Erstellt am:	Gesamtevaluation am:

Grundbotschaft:

Die Grundbotschaft am Anfang des Maßnahmenplans kann allen an der Pflege und Betreuung Beteiligten wichtige Hinweise zur pflegebedürftigen Person im Hinblick auf individuelle **Wünsche**, **Bedürfnisse** und **Gewohnheiten** geben. Eventuelle Fehlhandlungen im Kontakt können so vermieden werden.

Beispiele:

Frau A. möchte nicht vor 8:00 h geweckt werden.

Frau A. wünscht weibliche Pflegekräfte.

...

Beispiel Frühdienst:

geplante Zeitspanne	Maßnahmenbeschreibung	Hilfsmittel, Routine, Rituale, Besonderheiten
8:00- 8:30	Frau A. bei der Mobilisation aus dem Bett ins Bad (je nach Tagesform) unterstützen. → Sturzprophylaxe Grundpflege am Waschbecken: Intimpflege und Rücken ...	Auf festes Schuhwerk achten Mo, Do, Sa: 7:00 - 8:00 Hilfestellung beim Duschen geben
9:00- 9:30	BZ-Messung mit anschließender Insulingabe nach Schema	BZ-Messgerät, Insulin-Pen
9:30- 10:00	Frau A. wird mit dem Rollstuhl in den Speisesaal gefahren und nimmt unter Beobachtung das Frühstück ein.	Rollstuhl Beobachtung: Aspirationsgefahr
10:00-10:30	Toilettengang mit PFK	Rollstuhl, Inkontinenzmaterial
Fester Termin	Mittwoch 10:00 im Klientenzimmer	Physiotherapie mit Therapeutin aus der Praxis „Beweg dich!“/Bomlitz
10:30-11:30	Behandlungspflege: täglicher VW der Wunde am linken Unterschenkel	Verbandmaterial
11:30-...
.....

3. Handlungsschritte der Durchführung [ab 1. PB]

Sie beschreiben individuell und durchgängig die Durchführung Ihrer Maßnahmen in einzelnen Handlungsschritten. Formulieren Sie hierzu kurze Sätze oder schreiben Sie stichpunktartig.

Schreiben Sie in Listenform mit Kästchen oder Kreisen rechts (s. u.). Immer wenn Sie die Ressourcen des Klienten/der Klientin nutzen (also so oft wie möglich!) kennzeichnen Sie dies mit einem **(R)**.

Beispiel:

Material:

Händedesinfektionsmittel, Einmalhandschuhe, Rollstuhl, 3 Handtücher

Vorbereitung:

- Bad aufheizen,
- Rollstuhl überprüfen, damit Sicherheit für Klientin gewährleistet ist
- Sessel wegstellen, um Platz für den Rollstuhl zu haben

Durchführung und Beschreibung der Ressourcen (R) des Bewohners/ Klienten

- Händedesinfektion
- Begrüßung und Vorstellung der weiteren Anwesenden
- Ankündigen der Pflegehandlungen
- R:** Fr. A. wäscht sich das Gesicht allein, führt unter Hilfestellung Zahnpflege durch
- Wasserwechsel, PK wäscht den Rücken der BW

[...]

Nachbereitung:

Bad aufräumen etc.

Dokumentation:

Pflegenachweis, Beobachtungen, Änderungen werden fachgerecht dokumentiert, ebenso die Anwesenheit der Prüfer während der Prüfungssituation.

4. Skizze zur Beratung, Betreuung und Begleitung [ab 5. PB]

Die Anfertigung der Skizze wird mit Ihnen zu Beginn des dritten Ausbildungsjahres besprochen.

Anhang [ab dem 1. PB]

Der Anhang enthält insbesondere

- die Erklärung zur selbstständigen Anfertigung (s.u.) und
- die Einverständniserklärung der Klientin/des Klienten (Formblatt aus der Schule)

Darüber hinaus müssen Sie hier weitere Unterlagen anfügen, wenn Sie sich darauf in der schriftlichen Ausarbeitung beziehen, z. B. Pflegestandards Ihres Betriebes, Assessmentbögen u. a.

Eigene Erklärung zur selbstständigen Anfertigung

Diese Erklärung schreiben Sie bitte auf eine Extraseite. Verwenden Sie die folgende Formulierung, fügen Sie das aktuelle Datum ein und vergessen Sie Ihre Unterschrift nicht.

Hiermit versichere ich, dass ich die schriftliche Ausarbeitung zum Praxisbesuch selbstständig angefertigt, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und die Stellen in der schriftlichen Ausarbeitung, die ich im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt anderen Werken entnommen habe, mit genauer Angabe der Quellen kenntlich gemacht habe.

Risikomatrix (SIS® Feld C2) [ab 3. PB]

Beratung? → Feld nur für die ambulante Pflege -----



	Liegt eine Dekubitusgefahr aufgrund von ... vor?				Liegt eine Sturzgefahr aufgrund von ... vor?				Liegt ein Inkontinenzrisiko aufgrund von ... vor?				Liegt ein Schmerzrisiko aufgrund von vor?				Liegt ein Risiko für eine Fehlernährung aufgrund von ... vor?				Sonstiges			
	Datum:				Datum:				Datum:				Datum:				Datum:							
			weitere Einschätzung notwendig?				weitere Einschätzung notwendig?				weitere Einschätzung notwendig?				weitere Einschätzung notwendig?				weitere Einschätzung notwendig?					
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	j	n	ja	nein	ja	nein	ja	nein
1. kognitive und kommunikative Fähigkeiten																								
2. Mobilität und Beweglichkeit																								
3. krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen																								
4. Selbstversorgung																								
5. Leben in sozialen Beziehungen																								

Quellen:

- Bundesministerium für Gesundheit: Handlungsanleitung für die praktische Anwendung des Strukturmodells, Berlin 2015
- MDS – Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit, Essen 2016
- Standard Systeme GmbH (Hrsg.) (2016): SIS + NBA – Die Orientierungshilfe zur Dokumentation.
- https://www.ein-step.de/fileadmin/content/Schulungsunterlagen_2.0/Informations_und_Schulungsunterlagen_V2.0_November_2017_fin_.pdf (08.2018)
- <https://www.ppm-online.org/tagesstrukturierende-massnahmenplanung/> (19.08.2019)