



Pflegedokumentation	4.1.09 Version 01
----------------------------	-----------------------------

Änderungen gegenüber der letzten Fassung:

1 Zweck und Ziel

Das Dokumentationssystem ermöglicht alle Arten schriftlicher Aufzeichnung und Berichterstattung;

Das Dokumentationssystem dient als Arbeitsinstrument: exakte kontinuierliche Eintragungen geben laufend Informationen über den Ist-Zustand des Patienten und die Wirkung der ärztlichen und pflegerischen Therapie;

Rationalisierung der Schreibarbeiten;

Umfassender Bericht über Verordnungen, Pflege und Krankheitsverlauf des Patienten;

Information für jedes Mitglied im therapeutischen Team über die Situation einer jeden Patientin

Wahrung der Kontinuität ihrer Betreuung und Behandlung

2 Anwendungsbereich

Für jeden PatientIn des Krankenhauses

3 Beschreibung

3.1 Äußere Form

- Planette :

Die Planette ist eine Flachsichtkartei, die max. 10 Mappen beinhaltet. Sie besteht aus Hartplastik und dient als Schreibunterlage.

- Mappe :

Die Mappe ist eine Kunststoffdoppeltasche mit aufgeschweißter Einstecktasche und Signalleiste. Sie enthält Einlageblätter, in denen Informationen über einen Patienten festgehalten werden. Die Mappe kann aus der Planette entnommen und zu Untersuchungen und Verlegungen innerhalb der Klinik mitgegeben werden.

- Einlageblätter

Stammbblatt (Formulargröße: Din A 4, weiß) Bestellnummer:

3.2 Anlage einer Pflegedokumentation

wird bei der Aufnahme eines Patienten von Pflegenden und Ärzten angelegt;

durch die Kontaktaufnahme beim Ausfüllen eines Stammblasses, werden die aufnehmenden Personen zu ersten Bezugspersonen für den Patienten;

dient der Erstinformation für alle Mitarbeiter auf der Station;

festgehalten wird die Aufnahmesituation;

dient als Grundlage für weitere medizinische und pflegerische Maßnahmen.

Pflegende und Ärzte müssen abteilungs- oder stationsspezifisch klären, wer welche Eintragungen übernimmt;

die PatientIn soll nicht mehrfach zu gleichen Themen befragt werden;

der Bereich "Notizen" ist für ärztliche Notizen vorgesehen.

3.3 Inhalt der Dokumentation:

1. Körperpflege/Kleidung/Hautzustand/Wunden
2. Atmung/Atemgefährdung/Vitalzeichen
3. Ernährung/Ausscheidung
4. Bewusstsein/Schlaf/Schmerz/Mobilität
5. Kommunikation/ Soziales Umfeld/ Beruf/ Beratung (Sozialdienst, Psychologe, Seelsorge, etc.)
6. Compliance/Umgang mit der Krankheit/Veränderungen durch Erkrankung und Krankenhausaufenthalte/letzte Lebensphase
7. Aufklärung über Körperpflege/Kleidung/Hautzustand/Wunden

3.4 Körperpflege

- Wie sind die Gewohnheiten des Patienten:

duschen, baden, Körperwäsche - wie häufig, Waschzusätze, mit/ohne Hilfe;
 Intimpflege - Gewohnheiten, Pflegemittel;

Hautpflege nach der Körperwäsche - eincremen - Gesicht, Körper, Pflegemittel;

Mundpflege - wann werden die Zähne geputzt, Zahnpasta, Mundwasser, etc.;

Zahnersatz - Pflege? schriftlich festhalten, welchen Zahnersatz der Patient dabei hat; Mundstatus nach Mundskala erheben;

Rasur - nass, trocken, wie häufig, eigener Rasierapparat, Pflegemittel;

Haarwäsche - wie oft, Pflegemittel; Perücke - Gewohnheiten (Pflege, nachts, etc.); schriftlich festhalten, welchen Haarsersatz der Patient mitgebracht hat;

Nagelpflege - wie oft, wie;

Augenpflege - Hilfsmittel: Brille (wie viele, wofür), Kontaktlinsen - Pflege, Augenprothese - Pflege; schriftlich festhalten, welche Hilfsmittel zum Sehen der Patient, die mitgebracht wurden;

Ohrenpflege - Gewohnheiten. Hörhilfen? Schriftlich festhalten!

Braucht der Patient Unterstützung in der Körperpflege? Wenn ja, festhalten in welcher Form.

3.5 Kleidung der Patientin

welche Kleidung hat die Patientin dabei - ist sie geeignet;

was trägt der Patient zu Hause an bequemer Kleidung, worin fühlt sie sich wohl;

Schuhe - welche ist sie gewohnt, worin hat sie guten Halt;

3.6 Hautzustand/Wunden

Anhand des Hautbeobachtungsprotokolls den Hautstatus erheben: Art (Rötungen, Blasen, Schürfungen,

Blutergüsse, Wunden, Schuppenbildung), Ausmaß, Lokalisation (im Körperschema festhalten), Versorgung;

Wunden ggf. fotografieren.

Dekubitus-Gefährdung anhand der Nortonskala erfassen.

3.7 Atmung/Atemgefährdung/Vitalzeichen

Atmung/Atemgefährdung

Atemstatus erheben (Atemtiefe, Atemfrequenz, Atemrhythmus)

Atemgefährdung nach Atemskala erheben;

welche Auffälligkeiten kennt der Patient bei sich (Schmerzen, Atemnot, Husten, Auswurf, Anfälligkeiten für

Entzündungen der Atemwege, etc.);

welche Bewältigungsstrategien sind ihr vertraut.

3.8 Vitalzeichen

Puls, RR, Temperatur bei Aufnahme messen;

welche Auffälligkeiten kennt der Patient von sich, welche Bewältigungsstrategien ist er gewohnt.

3.9 Ernährung/Ausscheidung

- Essensgewohnheiten zu Hause-

Vegetarisch, kein Schweinefleisch, kosher,

Diät (z.B. Diabetes – wie viele KHE`s, wie viele Mahlzeiten, Insulin - welches, wieviel, wie verabreicht);

Häufigkeit der Mahlzeiten, Allergien, Trinkgewohnheiten (was, wieviel/Tag), was isst und trinkt der Patient

zum Frühstück; festhalten auf der entsprechenden Essenskarte;

Sondenkost - Magensonde, PEG?; welche Kost, wie viele Kalorien, wie lange schon, Nebenwirkungen; wann wurde die Magensonde/PEG gelegt;

i.v.-Ernährung - zentraler Zugang, wann, wie viele Lumen, letzter Verband, Zustand der Einstichstelle;

Ernährungszustand, Gewicht.

- Ausscheidung

Blasenentleerung - wie häufig, Auffälligkeiten (Schmerzen, Urinfarbe, etc.);

Blasendauerkatheter, suprapubischer Blasenkateter - seit wann, warum, Zustand, Pflege, Bilanz.

Darmentleerung - wie häufig, wann zum letzten Mal, Auffälligkeiten (Schmerzen, Konsistenz, Farbe, etc.);

Laxantien/Abführhilfen - welche, wie häufig.

Stomata: welche, seit wann, warum, Zustand, Pflege

Übelkeit, erbrechen: seit wann, wie häufig, in welcher Situation, Therapie (eigene Bewältigungsstrategien,

Medikamente).

Schwitzen (Hyperhidrosis, Nachtschweiß).

Liquoraustritt (wo).

3.10 Bewusstsein, Mobilität

Wachheit, Ansprechbarkeit, Komastufe, Reaktionsvermögen, Orientiertheit (zeitlich, örtlich, zur Person und Situation); wenn Veränderungen - wie lange schon, Entwicklung;

- Schlaf

Gewohnheiten - wie lange, von wann bis wann, Mittagsschlaf, offenes Fenster?, schläft alleine oder zu zweit, schnarchen, etc.

Auffälligkeiten (z.B. Schlafapnoen).

- Schmerz

Schmerzen - wo, in welcher Weise (stechend, brennend, vernichtend, etc.), seit wann, Tageszeit, Situationen,

bisherige Bewältigungsstrategien und deren Erfolge;

erfassen des Schmerzes durch die VAS (Visual Analog Scala);

evtl. Schmerztagebuch (DruckOK) anlegen.

- Mobilität

Mobilität - Einschränkungen (körperliche Behinderungen - welche; Bettruhe; Depression, etc.);

Mobilitätsansprüche wie (Hochleistungssport, tgl. Spaziergang - wie lange); Belastbarkeit; Auffälligkeiten (z.B. Schmerzen)

Hilfsmittel - Rollstuhl, Gehstöcke, Unterarmgehstützen, Rollator; seit wann; Umgang gewohnt, korrekt?;

schriftlich festhalten, welche Hilfsmittel der Patient mitgebracht hat;

erfassen der Thrombosegefährdung anhand der Thromboseskala.

- Kommunikation

Verbale Kommunikation - Auffälligkeiten (Lähmungen, Aphasie, Depression, fremde Sprache,

Hörschädigung, Stummheit, etc.)

Nonverbale Kommunikation - Auffälligkeiten (Gebärdensprache, Schrifttafeln, Wesensveränderungen, etc.)

Gewohnheiten - Musik, Lesen,

3.11 Soziales Umfeld

Familie, Bezugsperson, soziales Netz

Bezugsperson weiß über den Krankheitszustand Bescheid?; soll/darf sie Bescheid wissen;

wie ist die Versorgung zu Hause

muss akut Sorge für jemanden/etwas geleistet werden (Kinder, Angehörige, Tiere)

- Beruf

welcher, wie lange schon, gesicherter Arbeitsplatz, kann der Beruf noch ausgeübt werden, fühlt der Patient sich am Arbeitsplatz wohl;

- Beratung durch Sozialdienst, Psychologe, Seelsorge

ist Beratung gewünscht oder erforderlich;

Konfession festhalten;

3.12 Compliance

zeigt der Patient Einsicht zu therapeutischen Maßnahmen und Empfehlungen (z.B. Trinkmengeneinschränkung,

Diät einhalten, nicht rauchen, Medikamente pünktlich einnehmen, etc.) und richtet er sich danach?

Umgang mit der Krankheit/Veränderungen durch die Erkrankung und KH-Aufenthalte

akzeptieren, ablehnen, verdrängen der Krankheit; kann über die Krankheit sprechen (mit Bezugsperson, Freunden) und wird ernst genommen; kann mit niemand über seine Krankheit sprechen;

welche negativen und positiven Erfahrungen bringt er von seinen früheren KH- Aufenthalten mit; was ist ihm

besonders wichtig; wovor hat er besonders Angst; was kann ihm eine Hilfe sein;

Ressourcen im Umgang mit Stresssituationen.

3.13 letzte Lebensphase

wer soll dabei sein (Bezugsperson, Freunde, Geistlicher, etc.); was ist ihm wichtig;

von wem oder was will er Abschied nehmen.

Liegt eine Patientenverfügung vor?

3.14 Aufklärung über Wertsachen

auf abschließbare Nachttische und/oder Schränke hinweisen;

darauf hinweisen, dass keine Haftung bei Diebstahl übernommen wird!;

Wertsachen sollen von Angehörigen mit nach Hause genommen oder an der Hauptkasse des Klinikums abgegeben werden.

Werden persönliche Dinge des Patienten auf Station aufbewahrt, dann schriftlich festhalten (was und wo).

Namen an der Tür Einverständnis einholen

4 Dokumentation

Die erhobenen Daten / Informationen werden präzise und wertfrei formuliert. Sie sind leserlich und werden zeitnah dokumentiert.

Der Datenschutz ist jederzeit gewährleistet.

Die Dokumentation wird mit einem dokumentenechten Kugelschreiber vorgenommen. Bei Auftreten eines Fehlers werden Veränderungen nachvollziehbar (lesbar) vorgenommen, Altes wird lesbar gestrichen und Neues hinzugefügt.

Die Handzeichenkürzel sind auf der Station hinterlegt.

4.1 Pflegeerhebungsbogen

Die Vorderseite des Pflegeerhebungsbogens mit den Sozialdaten wird für jeden Patienten innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme vollständig ausgefüllt. Die erhebende Pflegekraft weist sich durch eine vollständige Unterschrift auf dem Pflegeerhebungsbogen aus.

Die Rückseite des Pflegeerhebungsbogens mit den Lebensaktivitäten wird für jeden Patienten ausgefüllt, mit Ausnahme von:

Patienten, die der kurzfristigen Routinepflege bedürfen (z. B. bei diagnostischen Eingriffen)

Patienten, die geplant weniger als 24 Stunden im Krankenhaus verbleiben (Kurzlieger)

Die Pflegekraft erfasst die Daten und Informationen, die sie zur Ermittlung des Pflegebedarfs des Patienten benötigt. Soweit es der Zustand des Patienten erlaubt, bezieht sie ihn, seine Angehörigen oder Bezugspersonen mit ein.

Stellt die Pflegekraft Pflegebedarf fest, muss sie in direkter zeitlicher Verbindung Pflegemaßnahmen anordnen.

4.2 Aktualisierungsbogen

Der Aktualisierungsbogen (veränderte Lebensaktivitäten) wird bei andauerndem Pflegebedarf spätestens am 7. Tag ausgefüllt.

Die notwendigen Pflegemaßnahmen werden überprüft und ggf. an den aktuellen Pflegebedarf angepasst.

4.3 Kurvenblatt (Formulargröße : Din A 3, weiß)

Dieses Formular wird abteilungsspezifisch festgelegt

Anordnungsbogen (Formulargröße: Din A4, weiß) Bestellnummer

- Gliederung in 3 Spalten:
- Diagnostik - Labor - Sonstiges
- Jede Rubrik ist eingeteilt in:

Datum der Anordnung

Handzeichen des anordnenden Arztes

die Anordnung (in der Spalte für Diagnostik wird pro Zeile nur eine Untersuchung eingetragen)

Handzeichen der ausführenden Pflegekraft

Datum der Durchführung

In der Fieberkurve werden von der zuständigen Pflegekraft alle messbaren Daten und Informationen dokumentiert, die sich aus der medizinischen Diagnose und Therapie und den damit verbundenen ärztlichen Anordnungen ergeben.

Dazu gehören:

1. Zählbare Werte: Puls, RR, Atmung, Gewicht, BZ, Sauerstoffsättigung, Bilanzen in ml – Angaben, Stuhl etc.
2. Zu- und Ableitungen (Drainagen, Infusionen, Zugänge, Katheter aller Art)
3. Ernährungsformen, Bäder mit Zusätzen, spez. Verbände etc.

4. Medikamente in der entsprechenden Verabreichungsform (i.v.= rot, oral = blau, s.c.= grün) und mit dem Handzeichen der verabreichenden Person
5. Infusionen, Transfusionen
6. Diagnostische Ergebnisse: Untersuchungsmaterial (Blut, Urin, Stuhl)
7. Dokumentation von diagnostischen, therapeutischen Eingriffen und Prozeduren (Hier beschränkt sich die pflegerische Dokumentation auf das entsprechende Kürzel z. B. Rö, CT).

4.4 Physiotherapie / Pflegeverrichtungsblatt 1

(Formulargröße : Din A 4, weiß mit grünem Rand)Bestellnummer

Der obere Teil des Blattes ist der Bereich für die Physiotherapie. Die Therapeutin signiert die Durchführung einer Anordnung mit Datum und Handzeichen.

Im Bereich für tgl. Verrichtungen sind alle Maßnahmen der Grund- und Behandlungspflege aufzuführen, die nicht im Bereich der klinikübergreifenden Standards liegen. Sie müssen so aufgeführt werden, dass die Häufigkeit pro Schicht erkennbar ist.

Die Durchführung der Maßnahmen wird je Schicht von der verantwortlichen Krankenschwester mit Handzeichen abgezeichnet.

Die Beschreibung der Pflegemaßnahmen enthält Aussagen zur Art der Maßnahme, zur Art der Durchführung (was), zur Häufigkeit (wie oft) und zum Zeitpunkt der Durchführung (wann).

Wenn die Durchführung einer Pflegemaßnahme in einem Pflegestandard oder einem Stationshandbuch verbindlich geregelt ist, wird im Pflegemaßnahmebogen nur die Art der Maßnahme dokumentiert. Ein hinter der Maßnahme eingefügtes* gibt den Hinweis auf das Vorliegen des Standards.

Die Durchführung der Maßnahmen (wer) wird per Namenskürzel in der Farbe der jeweiligen Schicht und unmittelbar nach der Durchführung von der durchführenden Pflegekraft bestätigt.

4.5 Pflegeverrichtungsblatt 2

Dient zur schriftlichen Anordnung durch die Ärzte. Es werden in der Regel nur schriftliche Anordnungen durchgeführt. Ausnahme sind die im Notfall telefonisch übermittelten Verordnungen, die nachträglich schriftlich eingeholt werden müssen.

Ausnahme Kinderklinik: Interne Regelung, ärztliche Anordnungen werden direkt in der Kurve dokumentiert.

Diese Blätter erleichtern die Dokumentation zu Maßnahmen aus den klinikübergreifenden Standards.

Entsprechend dem jeweiligen Standard wird in der Spalte "Geplant/Geändert" die für den Patienten in Frage kommende Stufe eingetragen.

Beispiel:

12.1.2020: Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme am Tisch; Essen richten; auf Flüssigkeitszufuhr achten.

In der Spalte "Geplant/Geändert" steht: I, C1, D, E

14.1.2020: Anwesenheit bei der Nahrungsaufnahme im Bett aufrecht; Essen richten; Anleitung zum Essen; auf Flüssigkeitszufuhr achten; auf Medikamenteneinnahme achten.

In der Spalte "Geplant/Geändert" steht: II, B, C3, D, E

- Zusatzblätter

können im Bedarfsfall der Mappe beigelegt werden

Diabetikerkurve (Formulargröße: Din A4, weiß mit gelben Rand) Bestellnummer

- Überwachungsbogen

(Formulargröße : Din A4, weiß mit blauem Rand) Bestellnummer

Gliederung in 2 Bereiche:

Vitalzeichen und Freiraum für Beobachtungen, Therapie, etc.

Auf der linken Seite wird die Kontrolle der Vitalzeichen mit Datum, Uhrzeit und Handzeichen der betreffenden Krankenschwester abgezeichnet.

Auf der rechten Seite werden Beobachtungen, Therapie, etc. vermerkt.

- Bilanzblatt

(Formulargröße : Din A4, weiß mit gelbem Rand) Bestellnummer

Dieses Blatt kann beim Patienten oder in der Planettenmappe abgelegt werden.

Es ist aufgeteilt in die Blöcke: Datum/Zeit / Einfuhr / Ausfuhr / Bilanz.

Es ermöglicht ein übersichtliches Erfassen der Ein- und Ausfuhr.

- Pflegeplanungsblatt

(Formulargröße: Din A4, weiß mit grünem Rand) Bestellnummer

Auf der linken Seite kann die zuständige Pflegekraft mit ihrem Handzeichen und Datum die festgestellten Pflegeprobleme und die Ressourcen des Patienten festhalten. Danach formuliert sie das anzustrebende Pflegeziel und dokumentiert die nötigen Maßnahmen, ggf. mit Häufigkeit und Dauer.

Auf der rechten Seite werden Ziele und Maßnahmen gestoppt. Die Auswertung findet im Pflegebericht statt.

Alle Bereiche, die durch die klinikübergreifenden Standards abgedeckt werden, enthalten bereits die Pflegeplanung. Sie müssen nicht nochmal dokumentiert werden.

4.6 Einschätzungsskalen

(Formulargröße: Din A4, weiß-grau) Bestellnummer

Vier Skalen zur Erfassung einer Gefährdung des Patienten in den Bereichen Thrombose (Modifizierte Messskala nach Kumpel zur Erfassung des Thromboserisikos)

Dekubitus (Nortonskala)

Atmung (Modifizierte Atemskala nach BIENSTEIN)

Mund (Mundskala)

4.7 Pflege- und Übergabeberichtsbogen

(Formulargröße: Din A4, weiß mit grünem Rand) Bestellnummer

Festgehalten werden Besonderheiten und Auffälligkeiten im Krankheits- und Pflegeverlauf;

Wichtige Informationen für alle an Behandlung und Pflege beteiligten Personen werden hier aufgezeichnet;

Im Pflegebericht werden Erfolgsmeldungen und Rückschläge, gemessen an den Pflegezielen, festgehalten;

Am linken Rand setzt die eintragende Pflegekraft das Datum und ihr Handzeichen ein. Das Handzeichen wird in die jeweils zutreffende Schichtspalte eingetragen. F = Frühdienst / S = Spätdienst / N = Nachtdienst;

Eintragungen des Nachtdienstes werden in Rot gehalten;

Für besondere Informationen an den Arzt gilt die Regel, dass das Datum der betreffenden Eintragung mit einem Kreis versehen wird;

4.8 Pflegebericht

In den Pflegebericht fließen alle Informationen aus den vorher genannten Dokumentationsbögen ein. Beschrieben werden:

- Die Reaktionen des Patienten auf pflegerische, therapeutische, diagnostische Maßnahmen und den Krankenhausaufenthalt
- Die Wirkung der Pflegemaßnahmen
- Das aktuelle Befinden
- Die Veränderungen und Verläufe im Befinden des Patienten

Grundsätzlich prüft die zuständige Pflegekraft nach ihrer Schicht, ob Berichtenswertes zu dokumentieren ist. Der Pflegebericht wird mindestens einmal in 24 Stunden geschrieben.

Jeder Schicht ist eine Farbe zugeordnet. Der Frühdienst dokumentiert in blau, der Spätdienst in grün, der Nachtdienst in rot.

4.9 PPR - Blatt

(Formulargröße: Din A 4, weiß) Bestellnummer 1319

dient zur täglichen Eingruppierung des Patienten in eine A- + S-Kategorie (Allgemeine und Spezielle Pflege) gemäß der Pflegepersonalregelung/Gesundheitsstrukturgesetz.

Siehe dazu besonders:4.1.21

4.10 Signalleiste (Reiterleiste und Markierungspunkte)

die Signalleiste ist nach außen hin sichtbar

Mit ihrer Hilfe sind eine Vielzahl von Informationen über den Pflege- und Behandlungsplan von außen ersichtlich durch die Signalleiste wird eine ökonomische Arbeitsweise möglich gemacht

Die Bedeutung der Signalleiste ist für alle Stationen verbindlich

Die Bedeutung der Symbole der Signalleiste muss abteilungsintern definiert werden.

4.11 Liste der Formulare

Pflegeerhebungsbogen

Zur Erfassung der Sozialdaten (Vorderseite)

Zur Erfassung der Lebensaktivitäten (Rückseite)

Aktualisierungsbogen

Pflegemaßnahmenbogen DIN A 4

Pflegemaßnahmenbogen DIN A 3,

Pflegemaßnahmenbogen Vorlage

Visiten-/Verordnungsblatt

Fieberkurve A oder B (Erwachsene)

Fieberkurve K (Kinder)

Fieberkurve Kurzlieger Erwachsene

Fieberkurve Kurzlieger Kinder

Pflegeberichtsbogen

Zusatzformulare z. B:

Bilanzbogen Ein- und Ausfuhr

Lagerungsplan (Ergänzung zu Pflegemaßnahmenbogen)

Überwachungsbogen (Ergänzung zu Fieberkurve)

Terminplaner

Zuckerkurve

Zusatzformulare für die ärztliche Dokumentation:

Ärztlicher Verlaufsbericht

4.12 Anordnung der Formulare in der Dokumentations-Tafel

Die zuständige Pflegekraft legt für jeden Patienten eine Dokumentations-Tafel an. Die Formulare werden in folgender Anordnung eingeklebt:

- Pflegeerhebungsbogen in die 2. Klarsichthülle der Dokumentations-Tafel, einsehbar nach oben.
- Aktualisierungsbogen in die 2. Klarsichthülle der Dokumentations-Tafel, auf die Rückseite.
- Pflegemaßnahmenbogen
- Visitenverordnungsblatt
- Fieberkurve
- Pflegeberichtsbogen
- Zusatzformulare werden in sinnvoller Zuordnung eingeklebt.

4.13 Beschaffungsverfahren

Für die Bestellung der Formulare wird auf jeder Station mindestens eine zuständige Person und eine Stellvertretung benannt.

Die Bestellung erfolgt im Rahmen der Büromittelabforderung.

Die nicht im KRANKENHAUS erstellten Formulare sind ausschließlich über die Wirtschaftsabteilung zu beziehen. Im KRANKENHAUS erstellte Vorlagen sind über ZENTRALLAGER zu beziehen.

5 Zuständigkeiten

Für die pflegerische Dokumentation ist jede examinierte Pflegekraft selbstständig und eigenverantwortlich zuständig.

Die Stationsleitung prüft in regelmäßigen Abständen die Qualität der pflegerischen Dokumentation und initiiert ggf. Nachschulungen.

Die Pflegedienstleitung prüft z.B. im Rahmen der Pflegevisite die Qualität der pflegerischen Dokumentation.

6 Hinweise und Anmerkungen

7 Mitgeltende Unterlagen

7.1 Literatur, Vorschriften

7.2 Begriffe

8 Anlagen

Hamburg, den

Autor