

## Auswertungsbogen der Patientenakte

### Personalien

Sind folgende Inhalte dokumentiert?

Inhalte	ja Pfl.	Arzt	nein	Anmerkungen
Name				
Geburtsdatum				
Aufnahmetag				
Geplanter Entlassungstag				
Bezugsperson / nächster Angehörige				

### Pflegerische und medizinische Aufnahme

Sind folgende Inhalte dokumentiert?

Inhalte	ja Pfl.	Arzt	nein	Anmerkungen	nz
Aufnahmegrund / Aufnahmediagnose					
Hauptdiagnose / ICD					
Nebendiagnose / ICD					
<i>Pflegerisch relevante Nebendiagnose</i>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anamnese:</li> <li>Vorerkrankung</li> </ul>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Letzter KH – Aufenthalt</li> </ul>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Vormedikation / aktuelle Medikation</li> </ul>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Allergien / Unverträglichkeiten</li> </ul>					
Informationen des Stammblasses: ärztlicher Dienst					
➤ Pflegeanamnesebogen					

### Pflegerischer und medizinischer Verlauf

Sind folgende Inhalte dokumentiert?

Inhalte	ja	nein	Anmerkungen	nz
Vitalzeichenkontrollen: Puls, Blutdruck, Temperatur				
Stuhl und Urinausscheidung				
Besonderheiten der Ausscheidungen				

## AUD\_AP\_14\_00

Inhalte	ja	nein	Anmerkungen	nz
Venöse Zugänge				
Drainagen				
Flüssigkeitszufuhr (enteral /parenterall)				
Kostform / Nahrungskarenz				
Medikamentenanordnung				
Medikamentenapplikation				
Aufklärung über und Einwilligung zu: Untersuchungen				
operativen Eingriffen				
Geplante medizinische Untersuchungen				
Durchgeführte medizinische Untersuchungen / Operationen				
Untersuchungsergebnisse einer jeden durchgeführten Untersuchung / Operationen				
Aufklärung des Pat. über Untersuchungsergebnisse				
Operationsergebnis				
Wunddokumentation				
Pflegeplanung: Bei allen A2 und A3 Patienten				
spätestens 3 Tage nach dieser Einstufung				
nach hausinternem Standard				
Maßnahmen durchgeführt				
Falls keine Pflegeplanung erfolgt: Pflegerische Maßnahmen				
Maßnahmen durchgeführt				
Zusammenhänge von Verhalten bzw. Befinden des Patienten und äußeren Einflüssen				
Ableitung adäquater Maßnahmen				
Ethische Fallbesprechung: Verlauf und Ergebnis, Teilnehmer				

### Verlegung / intern

Ist eine Verlegung erfolgt? ٢ Ja

٢ Nein

Wenn ja: Sind folgende Inhalte dokumentiert?

Inhalte	ja	nein	Anmerkungen
	Pfl. Arzt		

## AUD\_AP\_14\_00

Verlegung: Datum, Uhrzeit			
• Ort			
• Grund			
Information von Angehörigen / Bezugsperson erfolgt oder nicht erfolgt			

Ist ein Überleitungsbogen erstellt worden? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Von wem? ☐ Pflegepersonal

☐ Arzt

☐ Arzt / Pflegepersonal

### Entlassung

☐ Ja ☐ Nein

☐ Ja ☐ Nein

Inhalte	ja Pfl. Arzt	nein	Anmerkungen
Datum und Uhrzeit der Entlassung			
Aktuelle Diagnose / Zustand			
Empfehlung zur weiteren • ärztlichen Versorgung			
• pflegerischen Versorgung			

### Patient verstorben?

☐ Ja ☐ Nein

☐ Ja ☐ Nein

Inhalte	ja Pfl. Arzt	nein	Anmerkungen
Datum und Uhrzeit des Todes			
Information von Angehörigen / Bezugsperson erfolgt oder nicht erfolgt			

Ist der Totenschein vollständig ausgefüllt? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Ja ☐ Nein

### PPR

Inhalt	ja	nein
Einstufung nach PPR erfolgt bei Aufnahme		
Einstufung nach PPR erfolgt im Verlauf		
Einstufung nach PPR erfolgt bei Entlassung		

### Allgemeine Fragen zur Dokumentation

#### Wie und wo dokumentieren folgende Berufsgruppen?

Physiotherapeut.....  
 Seelsorge .....  
 Diätberater .....  
 Logopäde .....  
 Stomatherapeut .....  
 .....

## AUD\_AP\_14\_00

.....  
**Existieren Widersprüche zwischen Aufzeichnungen des pflegerischen und / oder des ärztlichen Dienstes?**

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja welche?

.....

.....  
**Existieren Redundanzen innerhalb der gesamten Dokumentation?**

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja welche?

.....

.....  
**Sind zur Aufzeichnung die passenden hausinternen Formulare verwendet worden?**

Ja ☐ Nein ☐

Wenn nein, welche Formulare wurden nicht eingesetzt?

.....

.....  
**Sind die Formulare für die Aufzeichnungen geeignet?** Ja ☐ Nein ☐

(Übersichtlich, eindeutig gekennzeichnet, Eintragsfelder hinreichend? Überflüssige Felder? Felder eindeutig? Einträge mit z.B. Maßeinheiten unmissverständlich?)

**Ist die Schrift der dokumentierenden Personen gut lesbar?**

Ja ☐ Nein ☐

**Existiert eine Handzeichenliste?** Ja ☐ Nein ☐

**Ist diese Handzeichenliste aktuell?** Ja ☐ Nein ☐

**Wird in der gesamten Dokumentation der prozesshafte therapeutische Verlauf sichtbar?**

Ja ☐ Nein ☐

Wenn nein: Wo sind Unklarheiten oder Brüche zu erkennen? Wo bleiben Fragen offen?

.....

.....

.....

.....  
 Akte kann an Archiv abgegeben werden: Ja ☐ Nein ☐ Unterschrift

.....