

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</i> <i>Nebendiagnose</i> | | | | |
| • Anamnese: | | | | |
| • Vorerkrankung | | | | |
| • Letzter KH – Aufenthalt | | | | |
| • Vormedikation / aktuelle Medikation | | | | |
| • Allergien / Unverträglichkeiten | | | | |
| 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 /parenteral) | | | | |
| 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? Ja

Nein

Wenn ja: Sind folgende Inhalte dokumentiert?

| Inhalte | ja | nein | Anmerkungen |
|---------|----|------|-------------|
| | | | |

AUD_AP_14_00

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

Ist ein Überleitungsbogen erstellt worden? Ja Nein

Wenn ja: Von wem? Pflegepersonal Arzt Arzt / Pflegepersonal

Entlassung 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

| 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

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?

ج a ڦ Nein

Wenn ja welche?

Existieren Redundanzen innerhalb der gesamten Dokumentation?

Ja ڦ Nein ڦ

Wenn ja welche?

Sind zur Aufzeichnung die passenden hausinternen Formulare verwendet worden?

ج Ja ڦ Nein

Wenn nein, welche Formulare wurden nicht eingesetzt?

Sind die Formulare für die Aufzeichnungen geeignet? ۹ Ja ۹ Nein

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

Ist die Schrift der dokumentierenden Personen gut lesbar?

أ Ja ڦ Nein

Existiert eine Handzeichenliste? ڦ Ja ڦ Nein

Ist diese Handzeichenliste aktuell? Ja ڦ Nein ڦ

Wird in der gesamten Dokumentation der prozesshafte therapeutische Verlauf sichtbar?

Ja ڦ Nein ڦ

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

Akte kann an Archiv abgegeben werden: Ja ۹۷ Nein ۲

Unterschrift