

**ERHEBUNGSBOGEN ZUR VERSORGUNG MIT LIEGEHILFEN ALS HILFSMITTEL
GEGEN DEKUBITUS DER PRODUKTGRUPPE 11 DES HILFSMITTELVERZEICHNISSES
- ANZUWENDEN AB DER VOLLENDUNG DES FÜNFTEN LEBENSAJAHRES -**

1. PERSONENDATEN

Vor- und Zuname des Patienten: _____

Adresse des Patienten: Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Tel.-Nr.: _____ männlich weiblich

Krankenversicherungs-Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

Hausarzt: _____ Verordner: _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Ggf. Betreuungspersonen:

_____**2. WER FÜHRT DIE PFLEGE DURCH? (Name, Anschrift, Telefon)**

Angehörige / Laien: _____

Ambulanter Pflegedienst: _____

Stationäre Pflege: _____

3. DIAGNOSEN UND BESONDERHEITEN DER PFLEGESITUATION

4. LOKALISATION BESONDERS GEFAHRDETER KÖRPERSTELLEN BZW. BEREITS BESTEHENDER WUNDEN

Liegt aktuell ein Dekubitus vor?

- nein ja → Dekubitus Stadium I
 Dekubitus Stadium II
 Dekubitus Stadium III
 Dekubitus Stadium IV

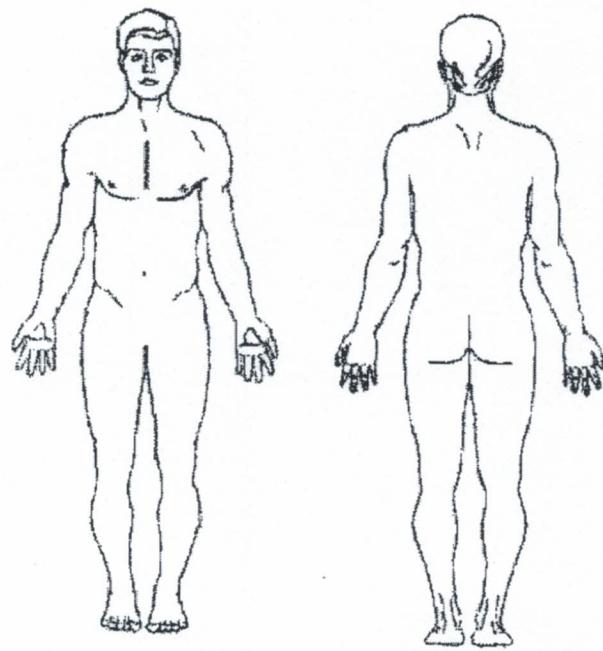
→ Einteilung nach EPUAP (s. Anhang)
 Lokalisation(en) in Schema einzeichnen

Lag in der Vergangenheit ein Dekubitus Stadium III oder IV (EPUAP) vor?

- nein ja → ehem. Dekubitus Stadium III
 ehem. Dekubitus Stadium IV

Muss der Patient auf bestehenden Wunden oder abgeheiltem Dekubitus Stadium III oder IV gelagert werden?

- nein ja, Begründung:
-
-



5. BRADEN-SKALA ZUR BEWERTUNG DES DEKUBITUSRISIKOS (nach B.Braden übersetzt von H.Heinhold; Heilberufe Spezial - Dekubitus 2001/2002)

	1 Punkt 1. Vollständig ausgetreten	2 Punkte 2. Stark eingeschränkt	3 Punkte 3. Geringfügig eingeschränkt	4 Punkte 4. Nicht eingeschränkt
Sensorisches Wahrnehmungsvermögen	Keine Reaktion auf Schmerzreize (auch kein Stoßen, Zucken, Greifen) auf Grund vermindelter (nervaler) Wahrnehmungsfähigkeit bis hin zur Bewusstlosigkeit oder Fähigkeit, lagebedingte wie künstliche Reize wahrzunehmen und adäquat zu reagieren	Reaktion nur auf starke Schmerzreize, Missemmpfindungen können nur über Stöhnen oder Unruhe mitgeteilt werden ODER Missemmpfindungen / Schmerzen werden über den größten Körperteil nicht wahrgenommen	Reaktion auf Ansprechen; Missemmpfindungen bzw. das Bedürfnis nach Lagerungswechsel können nicht immer vermittelt werden. ODER sensorisches Empfinden/Schmerzen werden über die Hälfte des Körpers nicht wahrgenommen.	Reaktion auf Ansprechen. Missemmpfindungen oder Schmerzen werden wahrgenommen und können benannt werden.
Aufmerksamkeit	Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist.	Die Haut ist ständig feucht durch Schweiß, Urin usw. Nässe wird bei jedem Bewegen festgestellt.	Haut ist oft, aber nicht ständig feucht. Die Wäsche muss mindestens einmal pro Woche gewechselt werden.	Die Haut ist normalerweise trocken. Wäsche wird nur routinemäßig.
Aktivität	1. Bettlägerig	2. An den Stuhl / Rollstuhl gebunden	3. Gehen	4. Regelmäßiges Gehen
Mobilität	1. Vollständige Immobilität	2. Stark eingeschränkt	3. Geringfügig eingeschränkt	4. Nicht eingeschränkt
Ernährung	Selbst die geringste Lageänderung des Körpers oder von Extremitäten wird nicht ohne Hilfe durchgeführt.	Eine Lageänderung des Körpers oder von Extremitäten wird hin und wieder selbstständig durchgeführt, aber nicht regelmäßig.	Geht mehrmals am Tag, aber nur kurze Strecken, teils mit, teils ohne Hilfe. Verbringt die meiste Zeit im Bett / Lehrstuhl / Rollstuhl	Verlässt das Zimmer mindestens zweimal am Tag. Geht tagsüber im Zimmer etwa alle zwei Stunden auf und ab.
Reibungs- und Scherkräfte	1. Problem	2. Potenzielles Problem	3. Ausreichende Ernährung	4. Gute Ernährung

5.1 ERHEBUNG WEITERER RISIKOFAKTOREN

- Ist der Patient unterernährt (siehe auch Abschnitt 5) ? nein ja
- Hat der Patient Spastiken / Kontrakturen ? nein ja
- Ist der Patient hochbetagt (d.h. 80 Jahre und älter) ? nein ja
- Liegt ein dauerhaft niedriger Blutdruck (diastolisch <60 mmHg) vor ? nein ja
- Ist der Kreislauf des Patienten dauerhaft instabil ? nein ja
- Ist der Patient Diabetiker ? nein ja
- Patient muss auf bestehenden Wunden/abgeheiltem Dekubitus Stadium III / IV gelagert werden (siehe Abschnitt 4) nein ja
- Liegen weitere, bisher nicht erfasste Risiken vor ? nein ja

Beschreibung der Risiken:

5.2 AUSWERTUNG DER RISIKOERHEBUNGGesamtsumme aller erreichten
Punktwerte gemäß Braden-Skala: _____ Punkte

- kein Risiko (19 – 23 Punkte, Stufe 0)
- allgemeines Risiko (15 – 18 Punkte, Stufe 1)
- mittleres Risiko (13 – 14 Punkte, Stufe 2)
- hohes Risiko (10 – 12 Punkte, Stufe 3)
- sehr hohes Risiko (9 – 6 Punkte, Stufe 4)

Beachte:

Liegen weitere bedeutende Risikofaktoren vor (siehe Abschnitt 5.1), die nicht durch die Braden-Skala erfasst werden, muss der Patient in die jeweils nächsthöhere Risikostufe eingruppiert werden.

Es liegt mindestens ein weiteres Risiko nach 5.1 vor, so dass die ermittelte Risikostufe um eine Stufe zu erhöhen ist

 nein ja

6. ZUSAMMENFASSUNG ALLER ANFORDERUNGEN UND AUSWAHLHILFE FÜR HILFSMITTEL

Patientensituation	zutreffend	nicht zutreffend	WENN ZUTREFFEND, DANN SIND FOLGENDE BEDINGUNGEN AN DAS HILFSMITTEL ZU STELLEN:	Bemerkung
Körpergewicht < 40 kg	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Das Produkt muss auf das Gewicht ausgelegt sein. Ggf. Produkt zur Sonderversorgung verwenden. Auf Einzelproduktbeschreibung achten.	
Körpergewicht > 90 kg	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Das Produkt muss auf das Gewicht ausgelegt sein. Ggf. Produkt zur Sonderversorgung verwenden. Auf Einzelproduktbeschreibung achten.	
Körpergröße > 1,90 m	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ggf. Produkt zur Sonderversorgung erforderlich Berechnung der erforderlichen Systemlänge Körpergröße m + 0,1 m = m	
Manchmal feuchte Haut	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Die Feuchtigkeit muss verdunsten können. Strukturierte Liegeflächen sind indiziert.	
Oft feuchte Haut	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Die Feuchtigkeit muss verdunsten können, Verwendung eines Luftstromsystems kann bereits indiziert sein.	
Ständig feuchte Haut	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Die Feuchtigkeit muss aktiv abgeführt (verdunstet) werden. Verwendung eines Luftstromsystems indiziert.	
Flüssigkeitszufuhr unzureichend	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Bei drohender bzw. vorliegender Exsikkose Luftstromsystem vermeiden Reibungs- und Scherkräfte müssen weitestgehend vermieden werden.	
Reibungs- und Scherkräfte können auftreten	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Das Material der Bezüge muss aus besonders glatten Textilien bestehen. Auf Einzelproduktbeschreibung achten.	
Regelmäßige Eigenbewegungen vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Superweichlagerung ist zu vermeiden. Es sind Systeme zur Förderung der Eigenbewegung, z.B. Mikrostimulationssysteme, zu bevorzugen.	
Patient häufig in sitzender Position	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Die Auflagen-/Matratzenstärke so wählen, dass kein Durchsinken möglich ist. Das Produkt soll über eine Randverstärkung verfügen. Auf korrekte Positionierung der Knickstellen achten (siehe Einzelproduktbeschreibung). Wechseldrucksysteme geeignet, wenn automatische Anpassung bzw. Statikfunktion vorhanden.	
Patient muss auf bestehenden Wunden gelagert werden	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ein direkte Lagerung auf den Wunden ist möglichst zu vermeiden. Ggf. freilagernde Produkte (Matratzen- /Auflagen mit austauschbaren Elementen) verwenden. (Cave: Fensterödeme, lokale Druckerhöhung) Wechseldrucksysteme können indiziert sein.	
Pulmologischer Befund erfordert eine Sekretmobilisation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Seitenlagerungssysteme können unterstützend wirken. Spezielle Perkussionssysteme können sinnvoll sein. Auf Einzelproduktbeschreibung achten.	
Es liegen Spasmen vor	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Statische Systeme sind zu bevorzugen. Wechseldrucksystem eher ungeeignet.	
Anhaltende Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Statische Systeme sind zu bevorzugen. Ggf. kann zur Unterstützung der Lagerung ein Seitenlagerungssystem sinnvoll sein.	
Allgemeines Risiko (siehe 5.2)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Produkte verwenden die eine Mobilisation erlauben.	
Mittleres Risiko (siehe 5.2)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Produkte verwenden die eine Mobilisation unterstützen.	
Hohes Risiko (siehe 5.2)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ergänzend dynamische Systeme zur aktiven Lagerungsunterstützung nutzen.	
Sehr hohes Risiko (siehe 5.2)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ergänzend dynamische Systeme zur aktiven Lagerungsunterstützung nutzen	

7. VERSORGUNGSEMPFEHLUNG

Unter Berücksichtigung des zuvor erhobenen und dokumentierten Status wird die Versorgung mit

einem Anti-Dekubitusmittel der Produktart _____

dem konkreten Hilfsmittel (Name) _____

und der Hilfsmittel-Positionsnummer

PG	Ort	UG	Art	Laufende Nr.

empfohlen.

Falls ein konkretes Produkt benannt wird, bitte begründen, warum dieses erforderlich ist:

8. WER FÜHRT DIE BEURTEILUNG DURCH? (Name, Anschrift, Telefon)

Arzt:

Pflegekraft:

Sonstige (Funktion angeben):

Datum: _____ Unterschrift / Stempel: _____

9. ERKLÄRUNG DES VERSICHERTEN / PATIENTEN / GESETZLICHEN BETREUERS

Ich bin mit der Erhebung und Weitergabe der Befunddaten an die zuständige Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einverstanden.

Vor- und Zuname: _____

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____