



Dieser Leitfaden gilt als Verfahrensanweisung.

- 1 ZIEL** Alle Beteiligten sollen mit dem Dokumentationssystem **PFLEGE• ZEIT** sicher, kontinuierlich, fachlich versiert und zeitnah den Pflegeprozess dokumentieren. Der **Leitfaden** ist die Ergänzung zum Buch **Pflegeplanung und -Dokumentation mit PFLEGE• ZEIT – die Anleitung**.
- 2 GELTUNGSBEREICH/VERANTWORTLICH** Der Leitfaden gilt für alle pflegerisch tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Hauptverantwortung liegt bei der Pflegedienstleitung.
- 3 HINWEISE ZU DEN FORMULAREN** Alle Bögen werden mit Kugelschreiber ausgefüllt. Nur Pflegestatus und Tagesplan werden mit dem **PFLEGE• ZEIT**-Planungsstift ausgefüllt und kopiert. Die Kopien werden mit Datum und Handzeichen unterschrieben. Die Kopie des Pflegestatus wird in der **PFLEGE• ZEIT**-Dokumentations-Mappe hinterlegt, die Kopie des Tagesplans im Bewohnerzimmer, in der **PFLEGE• ZEIT**-Datenschutz-Wandmappe. Bei Veränderungen werden die Planungsstifteintragungen korrigiert und eine neue Kopie wird angefertigt. Die nicht mehr gültige Kopie wird in der Bewohner-Ringmappe hinterlegt.
- 4 AKTENORDNUNG PFLEGE• ZEIT** Das System besteht aus vier Teilen.

PFLEGE• ZEIT-Dokumentations-Mappe

1. **Fach:** Stammblatt; Langzeitverlauf; Anamnese*, **, ggf. Antriebe und Gefühle, Bewegungsanamnese, Bradenskala
2. **Fach:** Medikamentenblatt, Tagesplan**, Pflegestatus**, Prophylaxenmatrix
3. **Fach:** Monatsübersicht, Pflegeverlaufsbericht, Regiebogen (auf der Heftschiene), **PFLEGE• ZEIT**-Sichthülle „noch zu bearbeiten“

PFLEGE• ZEIT-Datenschutz-Wandmappe

Kopie des Tagesplans, Durchführungsnachweise, Beobachtungsprotokolle

Bewohner-Ringmappe

1. **Dauerhaft:** Biografie, 1. Regiebogen (Aufnahme), Arztbriefe, Arztfaxe, Pflegevisitenprotokolle, Pflegeüberleitungsbögen
2. **Abgelegte Formulare** aus der **PFLEGE• ZEIT**-Dokumappe, die voraussichtlich noch für aktuellen Pflegeprozess greifbar sein sollten

Archiv

Abgelegte Formulare, die für den aktuellen Pflegeprozess nicht mehr relevant sind.

* vorwiegend in der ersten Zeit nach der Heimaufnahme, später in der Bewohner-Ringmappe
 ** in der **PFLEGE•ZEIT**®-Sichthülle

5 ABLAUF

5.1 AUFNAHME EINES NEUEN BEWOHNNERS

	Was ▼	Wo ▼	Wann ▼	Wer ▼
1	Aufnahmegespräch(e) Verwaltung Aufnahmegespräch Pflege	STAMMBLATT REGIEBOGEN	Bis zum Einzugstag	Verwaltung PDL
2	Körperliche Einschränkungen oder Schädigungen etc. erfassen	REGIEBOGEN ggf. BEOBSCHTUNGS-PROTOKOLL und digitales Bild	Sofort bei Aufnahme	PK
3	Wichtige Erstinformation Einschätzung der offensichtlichen Gefahrenpotenziale Planung der Maßnahmen bei unklarem Eß- und/oder Trinkverhalten bei Wunden und/oder Schmerzen ggf. ärztliche Untersuchung veranlassen ggf. Hilfsmittel beantragen	REGIEBOGEN PFLEGESTATUS TAGESPLAN TABELLENBLATT DURCHFÜHRUNGSNACHWEIS + WUND- u. SCHMERZPROTOKOLL REGIEBOGEN REGIEBOGEN	bis Ende 6. Woche	PK
4	Weitergehende Informationssammlung auf Basis des Aufnahmegesprächs, der Befragungen des Bewohners und der Angehörigen, der Beobachtungen und erfassten Daten (Gewicht, Vitalwerte...)	REGIEBOGEN MONATSÜBERSICHT PFLEGEVERLAUFSBERICHT	Aufnahmetag bis Ende 2. Woche nach Aufnahme	Alle MA
5	Anamnese erstellen im Gespräch mit dem Bewohner oder den Angehörigen und über Beobachtung Körpergröße nachmessen, Gewicht ermitteln, BMI und durchschnittlichen Flüssigkeitsbedarf berechnen, Vitalzeichen messen, ggf. Sturzgefährdung nach Risikofaktoren einschätzen (Expertenstandard Sturz)	ANAMNESE MONATSÜBERSICHT, BRADENSKALA BEWEGUNGSANAMNESE ANAMNESE, PFLEGESTATUS, BEOBSCHTUNGSPROTOKOLL	Bis Ende 4. Woche nach Aufnahme	BPK
6	Pflegestatus und Tagesplan fertigstellen auf Basis der Anamnese, ggf. Durchführungsnachweis anlegen bzw. überprüfen und anpassen	PFLEGESTATUS TAGESPLAN , ggf. DURCHFÜHRUNGSNACHWEIS	Bis Ende 5. Woche nach Aufnahme	BPK
7	Biografische Daten erfassen, die über die Anamnese hinausgehen	PFLEGE• ZEIT -Biografie	Bis Ende 3. Monat, dann fortlaufend	BPK



5 ABLAUF

5.2 FORTLAUFEND

Was ▾	Wo ▾	Wann ▾	Wer ▾
1 Durchführung der Pflege protokollieren	PFLEGEVERLAUFSBERICHT MONATSÜBERSICHT , ggf. DURCHFÜHRUNGSNACHWEIS und BEOBSACHTUNGSPROTOKOLL	spätestens Schichtende	PK PA
2 Abweichungen vom Tagesplan beschreiben, Mehrbedarf an Pflege dokumentieren	PFLEGEVERLAUFSBERICHT MONATSÜBERSICHT	spätestens Schichtende	PK PA
3 Aktuelle Probleme aufnehmen, Ziel und Maßnahmen beschreiben	REGIEBOGEN , ggf. DURCHFÜHRUNGSNACHWEIS	Umgehend nach ihrem Auftreten	PK
4 Sammlung von Daten wie RR, BZ-Profilen, Flüssigkeitszufuhr, etc.	MONATSÜBERSICHT TABELLENBLATT	Bei Bedarf	PK PA
5 Krankenbeobachtung, die pflegefachliche Konsequenzen haben, Arztvisitenergebnisse, Pflegevisitenergebnisse, Hinweise von Kooperationspartnern, Gesprächsergebnisse mit Angehörigen/Betreuern, Anforderung von Hilfsmitteln, Vermerke über z. B. Überprüfungen/Veränderungen der Dokumentation, Konsequenzen aus Durchführungsnachweisen/Beobachtungsprotokollen	REGIEBOGEN	Bei Bedarf	PK, PA, PDL Heimleitung Kooperationspartner
6 Evaluation: <ul style="list-style-type: none"> • Gültigkeit der Planung und ggf. Anpassung, dazu Informationen der gesamten aktuellen Dokumentation berücksichtigen! • Wirksamkeit/Gültigkeit spezieller Maßnahmen • Planung und/oder Einsatz von Prophylaxen auf Vollständigkeit und Erfordernis prüfen im Rahmen der Pflegevisite • Ergebnisse in Kurzform beschreiben 	PFLEGESTATUS TAGESPLAN DURCHFÜHRUNGSNACHWEIS PROPHYLAXENMATRIX REGIEBOGEN	bei gravierenden anhaltenden Ver- änderungen, Rou- tinemäßig alle 4-6 Wochen, mindes- tens einmal pro Quartal* Nach Zielsetzung	PK BPK PK PDL, WBL PDL, WBL
7 Entwicklung des Bewohners/Verlauf im Vergleich zu Anamnese (möglichst im Rahmen einer Fallbesprechung)	LANGZEITVERLAUF	Alle drei Monate	PDL, WBL

* Empfehlenswert ist eine kontinuierliche Anpassung, entscheidend ist die pflegefachlich begründete Notwendigkeit

6 MITGELTENDE DOKUMENTE DER EINRICHTUNG

- *Standard oder Verfahrensanweisung Heimaufnahme*
- *Standard oder Verfahrensanweisung Risikomanagement*
- *Standard oder Verfahrensanweisung Pflegevisite*

LEGENDE

- PDL** Pflegedienstleitung
- WBL** Wohnbereichsleitung
- BPK** Bezugspflegefachkraft
- PK** Pflegefachkraft
- PA** PflegeassistentInnen