

BEWERTUNGSVERFAHREN

„Dekubitusprophylaxe und –therapie“



Wellell Group

_____. Datum

BEWERTENDER

Name, Vorname _____

PATIENTENDATEN

Name, Vorname _____

Geb.-Datum: _____

Hauskrankenpflege Sozialstation Pflegeheim Sonstiges

Name, Anschrift _____

Ansprechpartner _____

Krankenkasse _____

BEWERTUNG

SENSORISCHE WAHRNEHMUNG Fähigkeit, auf druckbedingtes Unbehagen bei der Lagerung sinnvoll zu reagieren	A	vollständig beschränkt <input type="checkbox"/> 1 Keine Antwort (kein Stöhnen, Zurückzucken, Greifen) auf Schmerzreiz entsprechend einer verminderten Bewusstseinslage oder Sedierung; beschränkte Fähigkeit, auf der überwiegenden Körperoberfläche Schmerz zu empfinden	stark eingeschränkt <input type="checkbox"/> 2 Antwort nur auf Schmerzreiz; kann Unbehagen nur durch Stöhnen und Unruhe äußern; sensorische Störung, die die Fähigkeit zur Schmerzempfindung auf mehr als die Hälfte der Körperoberfläche einschränkt	leicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> 3 kommt verbalen Aufforderungen nach, kann jedoch nicht immer adäquat reagieren od. Unbehagen ausdrücken; sensorische Störung, die die Fähigkeit zur Schmerzempfindung an ein oder zwei Extremitäten einschränkt	keine Einschränkung <input type="checkbox"/> 4 kommt verbalen Aufforderungen nach, hat keine sensorischen Defizite, die die Fähigkeit zur Wahrnehmung und Äußerung von Schmerz oder Diskomfort einschränkt
FEUCHTIGKEIT Grad, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist	B	ständig feucht <input type="checkbox"/> 1 die Haut ist nahezu ständig feucht durch Schweiß, Urin, etc.; Feuchtigkeit wird bei jeder Umlagerung festgestellt	sehr feucht <input type="checkbox"/> 2 die Haut ist häufig, aber nicht ständig feucht; Wäschewechsel mindestens einmal pro Schicht	gelegentlich feucht <input type="checkbox"/> 3 gelegentlich ist die Haut feucht und erfordert etwa einen zusätzlichen Wäschewechsel pro Tag	selten feucht <input type="checkbox"/> 4 gewöhnlich ist die Haut trocken, nur routinemäßiger Wäschewechsel
AKTIVITÄT Grad der physischen Aktivität	C	bettlägerig <input type="checkbox"/> 1 kann das Bett nicht verlassen	sitzfähig <input type="checkbox"/> 2 Gehfähigkeit stark eingeschränkt oder fehlend; kann sich nicht oder nicht ohne Hilfe in einen Sessel/Rollstuhl setzen	gelegentlich gehfähig <input type="checkbox"/> 3 geht gelegentlich am Tage, aber nur sehr kurze Strecken, mit oder ohne Hilfe; verbringt die meiste Zeit einer Schicht im Bett oder Sessel	mobil <input type="checkbox"/> 4 geht mindestens zweimal pro Tag außerhalb des Zimmers und innerhalb mindestens alle zwei Stunden über Tag
BEWEGLICHKEIT Fähigkeit, die Körperlage zu kontrollieren und zu verändern	D	vollständig immobil <input type="checkbox"/> 1 führt ohne Hilfe nicht einmal leichte Lageveränderungen des Körpers oder der Extremitäten aus	stark eingeschränkt <input type="checkbox"/> 2 führt gelegentlich leichte Lageveränderungen des Körpers oder der Extremitäten aus, ist aber nicht in der Lage, häufige oder deutliche Lageveränderungen ohne Hilfe auszuführen	leicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> 3 führt häufige, aber leichte Lageveränderungen des Körpers/der Extremitäten aus ohne Hilfe	keine Einschränkung <input type="checkbox"/> 4 führt deutliche und häufige Lageveränderungen aus ohne Hilfe
ERNÄHRUNG Übliches Ernährungsverhalten	E	stark eingeschränkt <input type="checkbox"/> 1 isst nie eine vollständige Mahlzeit, selten mehr als 1/3; wenig Eiweiß und Flüssigkeit, keine diätische Zusatznahrung; parenterale Ernährung für mehr als 5 Tage	eher eingeschränkt <input type="checkbox"/> 2 isst selten ganze Mahlzeit, meist aber etwa 1/2 vom Angebot, wenig Eiweiß, gelegentlich Zusatzdiät; unzureichende Sonden-Ernährung	adäquat <input type="checkbox"/> 3 isst mehr als 1/2 jeder Mahlzeit, einiges an Eiweißprodukten, lässt selten eine Mahlzeit aus, nimmt aber Zusatzdiät; ausreichende Sonden-Ernährung	ausgezeichnet <input type="checkbox"/> 4 isst alle Mahlzeiten fast vollständig, lehnt keine ab, nimmt genügend Eiweißprodukte, gelegentlich Zwischenmahlzeiten; keine Zusatznahrung erforderlich
REIBUNGS-, SCHERKRÄFTE	F	problematisch <input type="checkbox"/> 1 erfordert max. Unterstützung bei allen Bewegungen, Heben ohne Reibung an der Wäsche nicht möglich, rutscht im Sessel/Bett herunter, Reibung durch Spastiken, Kontrakturen	wenig problematisch <input type="checkbox"/> 2 minimale Unterstützung bei allen Bewegungen, Heben mit weniger Reibung an der Wäsche, rutscht nur gelegentlich im Sessel/Bett herunter	unproblematisch <input type="checkbox"/> 3 keine Reibung, hat genügend Kraft für Eigenbewegungen, rutscht nicht im Sessel/Bett herunter und hält gut die Position	

SUMME aus den Spalten A + B + C + D + E + F

Beurteilung:

17 – 23 Punkte
geringes Risiko

12 – 16 Punkte
mäßiges Risiko

≤ 11 Punkte
hohes Risiko

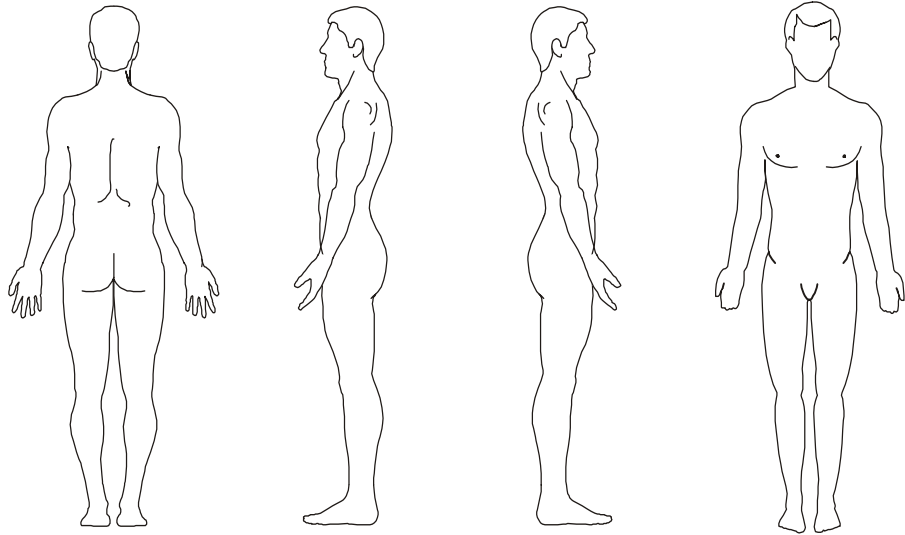
INDIVIDUELLE BESONDERHEITEN

HAUTSCHÄDEN

Lokalisation markieren, mit Nr. bezeichnen und Details in Liste eintragen

Bitte markieren Sie:

- ✕ = bestehender Bereich
- = gefährdeter Bereich



lfd. Nr.	Größe in cm L x B x T	Nach Seiler Stadium I bis IV	Zustand der Wunde, z. B. nekrotisch, nässend	lfd. Nr.	Größe in cm L x B x T	Nach Seiler Stadium I bis IV	Zustand der Wunde, z. B. nekrotisch, nässend
1				6			
2				7			
3				8			
4				9			
5				10			

EINFLUSSFAKTOREN

Patientenmaße

Größe in cm _____ Gewicht in kg _____

Krankheitsbedingter Gewichtsverlust? nein ja wodurch? _____

Ist der/die Patient/in inkontinent? nein ja Stuhl Harn

Gefährdungsgrad für Pneumonien, Atelektasen? hoch sehr hoch gering

Sind Kontrakturen vorhanden? nein ja wo genau? _____

Verfügt der/die Patient/in über Restmobilität? nein ja _____

FESTLEGUNG DER LAGERUNGSHILFSMITTEL

ANTI-DEKUBITUS-SCHAUMSTOFFMATRATZE welches? _____

GROSSZELLIGES WECHSELDRUCKSYSTEM welches? _____

HOCHZELLIGES WECHSELDRUCKSYSTEM welches? _____

SONSTIGES welches _____

FOTODOKUMENTATION

als Anlage beigefügt nicht gewünscht nicht notwendig

HILFSMITTEL DIENT ALS

Dauerversorgung regelmäßige Besuche nächster Besuch geplant in KW _____

PATIENTENERKLÄRUNG

Ich bin damit einverstanden, dass meine Wunden zu rein medizinischen Zwecken (z. B. Vorlage bei der Krankenkasse, des MdK etc.) zur Vereinfachung der Beurteilung fotografiert werden. Die mich vertretende Pflegeperson ist auch einverstanden.

Datum

Unterschrift der/des Begutachtenden

Unterschrift der/des Patientin/Patienten