

Hier bitte Patientenetikett aufkleben!

Datensatz Schlaganfallversorgung

80/1

Kein Pflegebogen, wenn Feld B11=0 oder Feld B30=2

PFLEGE		Stationärer Aufenthalt
Aufnahme	<p>1 Versorgungssituation vor dem Akutereignis? <input type="checkbox"/></p> <p>1 = unabhängig 2 = Pflege zu Hause 3 = Pflege in Institution</p> <p>2 Wurde ein Schluckversuch durchgeführt? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja, innerhalb 24 h 2 = ja, später als 24 h 3 = nicht möglich</p> <p>wenn Feld 2 = 1 oder 2</p> <p>3 Schluckstörung? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>16 Patient verstorben? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p>wenn Feld 16 = 0</p>
Barthel-Index	<p>4 Barthel-Index bei Aufnahme bestimmt? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja 2 = patientenbedingt nicht bestimmbar</p> <p>wenn Feld 4 = 1</p>	Entlassung
		Weitere / häusliche Pflege
		<p>17 Wurde ein Pflegeüberleitungsbogen erstellt? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja 2 = nicht notwendig, da Patient ohne Einschränkung (Barthel-Index bei Entlassung entspricht 100 Punkten)</p>
		Barthel-Index (Patient nicht verstorben)
		<p>18 Barthel-Index bei Entlassung bestimmt? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja 2 = patientenbedingt nicht bestimmbar</p> <p>wenn Feld 18 = 1</p>
Aufnahme	<p>https://www.dimdi.de/static/.downloads/deutsch/hamburger-manual-nov2004.pdf</p>	Entlassung
Feld 5	Essen	Feld 19
<input type="checkbox"/>	10 = komplett selbständig <u>oder</u> selbständige PEG-Beschickung/-Versorgung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	05 = Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen <u>oder</u> Hilfe bei MS/PEG-Beschickung/-Versorgung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	00 = kein selbständiges Einnehmen <u>und</u> keine MS/PEG-Ernährung	<input type="checkbox"/>
Feld 6	Auf- & Umsetzen	Feld 20
<input type="checkbox"/>	15 = komplett selbständig aus <u>liegender</u> Position in (Roll-)Stuhl und zurück	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10 = Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	05 = erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	00 = wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	<input type="checkbox"/>
Feld 7	Sich Waschen	Feld 21
<input type="checkbox"/>	05 = vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	00 = erfüllt „5“ nicht	<input type="checkbox"/>
Feld 8	Toilettenbenutzung	Feld 22
<input type="checkbox"/>	10 = vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung / Reinigung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	05 = vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	00 = benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>

Hier bitte Patientenetikett aufkleben!

Datensatz Schlaganfallversorgung

80/1

Feld 9	Baden / Duschen	Feld 23
<input type="checkbox"/>	05 = selbständiges Baden <u>oder</u> Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	00 = erfüllt „5“ nicht	<input type="checkbox"/>
Feld 10	Aufstehen & Gehen	Feld 24
<input type="checkbox"/>	15 = ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>ohne</u> Gehwagen (aber ggf. Stöcken/Gehstützen) gehen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10 = ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>mit</u> Hilfe eines Gehwagens gehen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	05 = <u>mit</u> Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen – <u>alternativ</u> : im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	00 = erfüllt „5“ nicht	<input type="checkbox"/>
Feld 11	Treppensteigen	Feld 25
<input type="checkbox"/>	10 = ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf <u>und</u> hinunter steigen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	05 = mit Aufsicht oder Laienhilfe mindestens ein Stockwerk hinauf <u>und</u> hinunter steigen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	00 = erfüllt „5“ nicht	<input type="checkbox"/>
Feld 12	An- & Auskleiden	Feld 26
<input type="checkbox"/>	10 = zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel, z. B.: ATS, Prothesen) an und aus	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	05 = kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	00 = erfüllt „5“ nicht	<input type="checkbox"/>
Feld 13	Stuhlkontrolle	Feld 27
<input type="checkbox"/>	10 = ist stuhlinkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	05 = ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent <u>oder</u> benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen / AP-Versorgung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	00 = ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/>
Feld 14	Harnkontrolle	Feld 28
<input type="checkbox"/>	10 = ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz / versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	05 = kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche <u>oder</u> benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	00 = ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent	<input type="checkbox"/>
Feld 15	Barthel-Index-Wert (von Erfassungssoftware berechnet)	Feld 29
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>