

Name des/der Pflegebedürftigen:	Datum:						
<p>Bitte kreuzen Sie an, welche körperlichen Anzeichen Sie bei der/dem Pflegebedürftigen beobachtet haben.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hämatome (blaue Flecken) unterschiedlichen Alters <input type="checkbox"/> Brandwunden <input type="checkbox"/> Knochenbrüche <input type="checkbox"/> Verlust von Körperhaaren durch Ausreißen <input type="checkbox"/> Blutungen ohne krankheitsbedingte Ursachen <input type="checkbox"/> Rötungen, Schwellungen oder Schürfungen <input type="checkbox"/> Dekubitus (Druckgeschwür) <input type="checkbox"/> Dehydratation (Flüssigkeitsmangel) <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten im Ernährungsstatus <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten in der Medikation <input type="checkbox"/> Kontrakturen (Versteifungen) ohne krankheitsbedingte Ursache <input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich: 							
<p>Im folgenden Abschnitt können Sie auffälliges Verhalten in der Pflegesituation dokumentieren. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte jeweils an.</p>							
<p>Anzeichen im Verhalten der/des Pflegebedürftigen: Die/Der Pflegebedürftige ...</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> wirkt verstört</td> <td><input type="checkbox"/> wirkt in der Pflege ängstlich</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nimmt keinen Blickkontakt auf</td> <td><input type="checkbox"/> wirkt aggressiv</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich:</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> wirkt verstört	<input type="checkbox"/> wirkt in der Pflege ängstlich	<input type="checkbox"/> nimmt keinen Blickkontakt auf	<input type="checkbox"/> wirkt aggressiv	<input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich:	
<input type="checkbox"/> wirkt verstört	<input type="checkbox"/> wirkt in der Pflege ängstlich						
<input type="checkbox"/> nimmt keinen Blickkontakt auf	<input type="checkbox"/> wirkt aggressiv						
<input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich:							
<p>Anzeichen im Verhalten der/des Angehörigen: Die/Der Angehörige ...</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> lässt die/den Mitarbeiter/in mit der/dem Pflegebedürftigen nicht alleine <input type="checkbox"/> lässt die/den Mitarbeiter/in nicht in die Wohnung <input type="checkbox"/> lässt kein Gespräch mit der/dem Pflegebedürftigen zu <input type="checkbox"/> ist im Gespräch mit dem Pflegedienst ausweichend <input type="checkbox"/> wirkt stark überlastet <input type="checkbox"/> wirkt aggressiv <input type="checkbox"/> zeigt unzureichende pflegerische Kenntnisse <input type="checkbox"/> zeigt unrealistische Erwartungen an die/den Pflegebedürftige/n <input type="checkbox"/> zeigt eine unrealistische Einschätzung des Krankheitsbildes <input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich: 							
<p>Anzeichen im Umgang zwischen Pflegebedürftiger/m und Angehöriger/m:</p> <p><input type="checkbox"/> Der Umgang wirkt problematisch, weil:</p>							

Im folgenden Abschnitt können Sie dokumentieren, ob Sie in den folgenden Bereichen bereits Zeuge problematischer Situationen geworden sind. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte jeweils an.

Seelischer Bereich:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Beleidigen/Verspotten | <input type="checkbox"/> Beschuldigen |
| <input type="checkbox"/> Absichtlich ignorieren | <input type="checkbox"/> Drohen |
| <input type="checkbox"/> Verweigern von Sozialkontakten | <input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich: |

Vernachlässigung:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nahrung | <input type="checkbox"/> Kleidung |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Hygiene | <input type="checkbox"/> Toilettengang |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittelversorgung | <input type="checkbox"/> Ärztliche Versorgung |
| <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich: |

Körperlicher Bereich:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schlagen | <input type="checkbox"/> Schubsen/Stoßen |
| <input type="checkbox"/> Schütteln | <input type="checkbox"/> Kneifen |
| <input type="checkbox"/> Hart anfassen | <input type="checkbox"/> Unangemessenes Anreichen von Nahrung |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich: | (z. B. zu schnell, Nahrung zu heiß) |

Unangemessene freiheitsentziehende Maßnahmen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fixierung | <input type="checkbox"/> Fixierung durch Medikation |
| <input type="checkbox"/> Fixierung durch Hilfsmittelverweigerung | <input type="checkbox"/> Errichten von Barrieren |
| <input type="checkbox"/> Einsperren | <input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich: |

Finanzieller Bereich:

- ☐ Entwenden von Geld/Eigentum
- ☐ Banktransfers ohne freiwillige Zustimmung
- ☐ Erzwungene Unterschrift zur Regelung finanzieller Angelegenheiten
- ☐ Beschädigung/Vermietung/Verkauf von Eigentum ohne freiwillige Zustimmung
- ☐ Sonstiges, nämlich:

Sexueller Bereich:

- ☐ Erzwungener Geschlechtsverkehr
- ☐ Erzwungene sonstige sexuelle Handlung
- ☐ Sexuelle Belästigung
- ☐ Sonstiges, nämlich:

Bitte notieren Sie hier, was Ihnen sonst noch zur Beschreibung der Situation wichtig ist.

Im folgenden Abschnitt können Sie weitere Umstände dokumentieren, die Ihnen in der Pflegesituation als wichtig erscheinen.

Sind Ihnen **problematische Situationen berichtet** worden? Von wem und welche?

Sonstige Anmerkungen: