

Übersicht: Der Pflegeprozess

1. Informationssammlung und -verarbeitung (Erheben, Beobachten, Einschätzen)

- Beginn der Pflegebeziehung
- Informationssammlung (Anamnese) dokumentieren (Hilfe- und Betreuungsbedarf ermitteln, Biographie/Migration erheben)

 <p>Stammblatt: - bei Aufnahme durch PÜ - Änderungen fortlaufend durch PP, z.B.: * Kostform * Pflegestufe * Diagnosen * FEM * Vollmachten * Betreuung * Hausarzt usw.</p>	 <p>Erhebungsbogen bei Aufnahme inkl. Biographie durch PÜ</p>	 <p>Berichteblatt: - ersten 14 Tage tgl. pro Schicht - nach KH 2 Tage tgl. pro Schicht - sonst mind. 1 Eintrag pro Woche und bei Bedarf - nach besonderem Ereignis Eintrag sofort</p>	 <p>Der Befund zum Betreuungsbedarf wird ca. 3-4 Wochen nach dem Heimeinzug durch einen Mitarbeiter/in des Betreuungsteams erhoben.</p>
---	---	---	---



2. Planen

- erstellen eines individuellen, biographieorientierten, nachvollziehbaren und begründeten Maßnahmenplan
- Dokumentation des Pflegeplans (BioNese-Plan)

 <p>BioNese-Plan wird 6 Wochen nach Einzug durch eine Pflegefachkraft erstellt.</p>  <p>Der Pflegeplan für Kurzzeitpflege wird bei Einzug durch PÜ erstellt und ggf. täglich durch PP ergänzt.</p>	 <p>Strukturierungshilfe - BioNese-Plan - nach der Pflege-Charta (Charta der Heilberufe- und pflegefachlicher Mänschen) 2013</p> <p>RESIDENZIA Resistenz von München Sozialbetriebe GmbH Seniorenzentrum Munichstr. 267 / 81379 München Tel. 089-7962 29-0 www.residenziamuenchen.de</p>
--	---



4. Evaluation (Auswerten, Bewerten, Regulieren)

- Pflegeplan angleichen / anpassen (Fallbesprechung, Berichteblatt, Sturzprotokoll, Risikoeinschätzung, etc.)
- Beenden der Pflegebeziehung

 <p>Die Mikro-Pflegevisite wird ca. 7 Wochen nach Neueinzug mit PÜ und dann alle 3 Monate mit einer Pflegefachkraft und der Bezugspfleger durchgeführt.</p>	 <p>Hilfsdokument zur Mikro-Pflegevisite</p>	 <p>Die Makro-Pflegevisite wird mind. 1x jährl. durch eine Pflegefachkraft und die Bezugspfleger durchgeführt.</p>	 <p>Das Bezugspersonengespräch mind. 1x jährl. von der Bezugspfleger mit dem Bewohner und deren Angehörigen bzw. Betreuer und einer Pflegeperson durchgeführt.</p>
--	---	---	--



3. Durchführen

- durchführen der pflegerischen Arbeit und Betreuung
- Sammlung von Informationen
- Dokumentation der durchgeführten Pflege und Betreuung

 <p>Leistungsnachweise: - tgl. pro Schicht und Tag mind. 1 Eintrag</p>	 <p>Berichteblatt: - ersten 14 Tage tgl. pro Schicht - nach KH 2 Tage tgl. pro Schicht - sonst mind. 1 Eintrag pro Woche und bei Bedarf - nach besonderem Ereignis Eintrag sofort</p>	 <p>ärztliches Anordnungsblatt</p>  <p>Vitalwertebogen</p>	 <p>Medikamentenplan</p> <p>Assessment: - Nachweis über Bedarfsmedikation - Trinkprotokoll - Ernährungsprotokoll - Lagerungsprotokoll - Schmerzeinschätzung - Wunddokumentation - FEM's</p>
--	---	--	--

