

OAKDENE Fachbeurteilung

Name des Patienten:PAS Nr.:D.o.b.:.....

Status: einweisende Station: Beobachtungskategorie:.....

Sozialarbeiter:

Schlüssel: 0 = kein Problem 1 = moderates Problem 2 = ernsthaftes Problem

	Datum	Schlüssel	Zeichen	Kommentare + Beispiele
1. physische Gesundheit				
1. Leidet die Person an einer körperlichen Krankheit? z.B. U.T.I. Brustinfektionen Herzerkrankungen Arthritis C.V.A./T.I.A. Diabetes Anämie, usw..				
1a. Ist die Prognose so, dass nicht erwartet wird, dass der Patient die nächsten 3 Monate überlebt?				
1b. Sind alle routinemäßigen (Aufnahme) Untersuchungen vollständig? z.B. Blut, Röntgen, O.T. Beurteilungen, C.T. untersuchen, Urinstatus, T.P.R., B.P., Gewicht, andere Beschwerden?				
2. geistige Gesundheit				
2. Hat die Person eine Haupt-/ sekundäre Diagnose einer psychischen Krankheit? z.B. Depression, Angst, Verhaltensprobleme				
2a. Gibt es Anzeichen für Halluzinationen/Wahnvorstellungen?				

	Datum	Schlüssel	Zeichen	Kommentare + Beispiele
2b . Zeigt die Person chronische Stimmungsschwankungen?				
2c. Ist die Person desorientiert zu? Zeit Ort Person				
2d. Ist der Patient in der Lage tägliche Aktivitäten zu verrichten?				
2e. Hat die Person in der Vergangenheit sexuell unangemessenes Verhalten gezeigt oder zeigt sie gegenwärtig unangemessene sexuelle Verhaltensweisen?				
3. Eine sichere Umgebung aufrechterhalten				
3a. Hat die Person in der Vergangenheit verbale oder körperliche Aggressionen gezeigt? Nennen Sie wie oft, das letzte Ereignis und wenn möglich, auslösende Faktoren.				
3b. Hat die Person einen Selbstmordversuch hinter sich, zeigt sie momentan Anzeichen für ein solches Vorhaben?				
3c. Hat sich die Person in der Vergangenheit selbst Verletzungen zugefügt oder tut sie dieses gegenwärtig oder ist sie im Hinblick auf Selbstverletzungen gefährdet?				

	Datum	Schlüssel	Zeichen	Kommentare + Beispiele
3d. Ist das Verhalten der Person unberechenbar?				
3e. Ist die Person gefährdet im Hinblick auf Brandstiftung?				
3f. Ist die Person eine Gefahr für sich oder andere - aus einem anderen Grund als Desorientierung?				
3g. Ist die Person in der Vergangenheit gestürzt?				
3h. Braucht die Person eine spezielle Ausstattung? z.B. Hüftgurt, spezielle Stützen. Matratze Kissen, Polster				

	Datum	Schlüssel	Zeichen	Kommentare + Beispiele
3i. Ist die Person in der Vergangenheit aus der sicheren Umgebung fortgegangen oder scheint sie dieses vorzuhaben?				
3j. Hat die Person in der Vergangenheit Fluchtversuche unternommen oder hat sie dieses gegenwärtig vor?				
3k. Ist der Patient drogen-und/oder alkoholabhängig gewesen?				
4. Druckgeschwüre, Bereich Pflege und Mobilität				
4a. Ist die Person mobil? (Was ist der Grund für die Immobilität und wie bewegt sich die Person fort?) Wie viele Personen werden benötigt, damit sich der Patient fortbewegen kann? Welche der nachstehenden Anforderungen werden benötigt? - Rollstuhl - Gehhilfen - andere, Aufzüge etc.				
4b. Gegenwärtiger Waterlow Score? Benötigt bzw. benutzt die Person eine druckmildernde Ausstattung?				

	Datum	Schlüssel	Zeichen	Kommentare + Beispiele
4c. Hat die Person irgendwelche Wunden				
5. Kommunikation				
5a. Ist die Person in der Lage, ihre Bedürfnisse zum Ausdruck zu bringen?				
5b. Ist die Person in der Lage, Anweisungen vollständig zu verstehen				
6. Persönliche Hygiene/ Ankleiden				
6a. Achtet die Person auf ihre eigene Bekleidung und ihre persönlichen hygienischen Erfordernisse?				
7. Diät und Flüssigkeitszufuhr				
7a. Kann die Person ohne Hilfe essen und trinken?				

	Datum	Schlüssel	Zeichen	Kommentare + Beispiele
7b. Benötigt die Person eine spezielle Diät z.B. Püree-Diät spezielle Diät z.B. wenig Fett				
7c. Benötigt die Person eine spezielle Ausstattung zur Nahrungsaufnahme, z.B. -Becher - leicht zu greifender Löffel - rutschfeste Matten				
8. Ausscheidungen / Kontinenz				
8a. Ist die Person völlig kontinent?				
8b. Leidet die Person unter Verstopfung?				
9. Schaf				
9a. Schläft die Person die ganze Nacht (gut)durch? Ist der Patient nachts aus dem Bett gefallen?				

Datum für die erste monatliche Besprechung des Patienten / der Angehörigen mit dem Pflgeetaem

Datum für die 3 monatliche Besprechung des Patienten / der Angehörigen + SozialarbeiterInn mit dem Pflgeetaem

Zusätzliche Informationen

	Datum	Zeichen	Kommentare + Beispiele
<p>Wurde die Person in anderen Pflegeheimen vorgestellt?</p> <p>In welchen Pflegeheimen?</p> <p>Wenn sie nicht in einem Pflegeheim vorgestellt wurde, warum nicht?</p> <p>Wurde der Patient von einem Pflegeheim abgelehnt?</p> <p>Welches Pflegeheim und warum?</p>			
<p>Kennt der Patient die für ihn zuständige Pflegekraft?</p> <p>Weiß der zu Pflegende von weiteren Agenturen/ Vermittlungsstellen, die er um Hilfe bitten kann?</p>			
<p>Haben die Pflegenden (Angehörigen) Informationen über die Krankheit/ den Krankheitsverlauf gegeben?</p> <p>Sind die Pflegenden (Angehörigen) an der Ausarbeitung von Pflegeplänen beteiligt?</p>			
<p>Ist eine Beurteilung der Bedürfnisse des Pflegenden durchgeführt worden?</p> <p>falls ja, nennen Sie Bedürfnisse und Maßnahmen.</p> <p>Weiß der Pflegende über das Konzept von Oakdene und die Form der Unterstützung Bescheid?</p>			
<p>Wurde der Patient schon einmal in einer Spezialabteilung behandelt?</p>			

Datum Komentar	Datum Komentar	Datum Komentar