##### Verlaufs- und Entwicklungsbericht

**in der Systematik des HMBW-Verfahrens**

(Version Stadt Bremerhaven, 2017-06-01)

**Leistungsberechtigte/r**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Familienstand:

Staatsangehörigkeit:

Anschrift:

Rechtliche Betreuung:  nein ja

Name, Vorname:

Kontaktdaten:

Wirkungskreise:

**Berichtszeitraum vom       bis**

**Leistungserbringer:**

Leistungstyp:

**AnsprechpartnerIn:**

Name, Vorname / Funktion:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

Werden klientenbezogene Zusatzleistungen beantragt:  nein ja

**1. Überblick zur Lebenssituation(ggf. Information zu folgenden Punkten)**

* Biografie (bei Folgeberichten ggf. notwendige Aktualisierung)

* Ggf. vorhandene Diagnose/n z.B. Zeitpunkt/Aktualität der Diagnose/n

* Aktuelle Wohnsituation und soziales Umfeld

* Relevante Angehörige und Bezugspersonen

* Aktuelle Beschäftigungssituation/Tagesstruktur (z.B. Art der Tagesstruktur, zeitlicher Umfang

und Kontinuität des Besuches)

* Einkommenssituation (z.B. WfbM-Einkommen, EU-Rente)

* Therapeutische Maßnahmen (Welche, wie häufig und durch wen finanziert?)

* Versichert bei Kranken-/Pflegekasse:

**2. Gegenwärtige Lebens- und Betreuungssituation**

2.1 Aktuelles, zentrales Lebensthema / ggf. Problemlage

2.2 Generelle/bedeutende Veränderungen seit der letzten Berichterstattung (Überblick):

**3. Ziele und Maßnahmen**

3.1 Ziele und Zielerreichung  
(Vorrangige Ziele bezogen auf Symptomatik, Kompetenzen/Bewältigungsverhalten und angestrebte Veränderungen im Wohn-, Lebens- und Beschäftigungsbereich)

3.2. Maßnahmen

(Umsetzungsschritte und rehabilitative Maßnahmen in Stichworten)

**Feststellung des individuellen Hilfebedarfs**

**Hilfeplanung / Zielvereinbarungen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name:**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | **Geb.:**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | **Wohnbetreuung und Ansprechpartner:**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | **Datum:**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**H**ilfe**b**edarfs**k**ategorien nach dem HMB-W-Verfahren: **A** = „keine Hilfe erforderlich/gewünscht“, **B** = „Information, Assistenz, Hilfestellung“,

**C** = „stellvertretende Ausführung, Begleitung“, **D** =„intensive Förderung/Anleitung, umfassende Hilfestellung“

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Alltägliche Lebensführung** | **Kompetenzen/ Individueller Hilfebedarf** | **HBK** bisher | **HBK** Vorschlag | **Aktuelle Ziele** | **Maßnahmen, Methodik, Zeitrahmen** |
| 1. **Einkaufen**   dazu gehören z.B.:   * Einkaufsbedarf erkennen * Einkaufszettel erstellen * Selbständiges Aufsuchen von Geschäften * Einkaufen von Gegenständen des täglichen und pers. Bedarfs (Lebensmittel, Bekleidung, Mobiliar, Hobbybedarf) * bewusstes Auswählen, nach Geschmack, Qualität und Menge * im Geschäft um Hilfe fragen * Transport der Ware nach Hause | **k****k.m.S****k.n.**  **D D**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Zubereitung von Zwischen-mahlzeiten**   dazu gehören z.B.:   * + Zubereiten des Frühstücks, des Abendessens, der Kaffeetafel   + Auswahl der entspr. Lebensmittel   + Anrichten, z.B. Brot oder Obst schneiden   + Zubereitung warmer Getränke   + Tischdecken, Abräumen, Abwaschen, Abwischen, Abtrocknen | **k****k.m.S****k.n.** **D D**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Zubereiten von Hauptmahlzeiten**   dazu gehören z.B.:   * + Auswahl von Gerichten   + Umgang mit dem Kochbuch   + Zusammenstellung der Zutaten   + Erwärmen von Fertiggerichten   + Kochen einfacher Gerichte, Backen   + Umgang mit E-Geräten (Herd, Mixer, Froster) und Kenntnis   + Vorbereiten der Lebensmittel (z.B. Gemüse)   + Tischdecken, Abräumen, Abwaschen, Abwischen, Abtrocknen | **k****k.m.S****k.n.**  **D C**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Wäschepflege**   dazu gehören z.B.:   * + Erkennen der eigenen Wäsche   + schmutzige Wäsche in den Wäschekorb legen   + Bunt- u. Kochwäsche sortieren   + persönliche Wäsche waschen   + Waschmittel sachgerecht benutzen   + Waschmaschine bedienen   + Wäsche aufhängen, abnehmen. sortieren, zusammenlegen, in den Schrank einordnen   + Wäsche bügeln, flicken, Knöpfe annähen   + Aussortieren von verschlissener und zu kleiner Kleidung/Wäsche | **k****k.m.S****k.n.**  **D C**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Ordnung im eigenen Bereich**   dazu gehören z. B.:   * + Gestaltung des eigenen Zimmers   + Aufräumen, Lüften, Blumen gießen, Betten machen und beziehen   + Müll trennen, entsorgen   + Staubwischen, Staubsaugen, Fußboden wischen, Sanitärbereich putzen   + Fenster putzen, Gardinen waschen,   + Mithilfe im Gemeinschaftsbereich   + Gehwegreinigung, Hausflurreinigung, Gartenpflege   + Instandhaltung und Renovierung der eigenen Wohnung | **k****k.m.S****k.n.**  **C C**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Geld verwalten**   dazu gehören z. B.:   * + Kenntnisse über Einsatz des Geldes   + Kenntnis des Geldwertes   + Unterscheiden von verschiedenen Münzen und Scheinen   + Einteilung des Geldes über definierten Zeitraum   + Zahlenverständnis   + Wechselgeld prüfen   + Preisvergleich   + Sorgfältiger Umgang, Geld nicht verlieren, Geld sicher aufbewahren | **k****k.m.S****k.n.**  **C C**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Regeln von finanziellen und (sozial-)rechtlichen Angelegenheiten**   dazu gehören z. B.:   * + Ausfüllen von Formularen   + Stellen von Anträgen   + Beantwortung von Schriftstücken   + Zusammenarbeit mit rechtlichen Betreuern   + Bankgeschäfte erledigen, Geld abheben, Geld überweisen   + Aufsuchen von Ämtern und Behörden   + Rechte und Pflichten erkennen | **k****k.m.S****k.n.**  **C C**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Individuelle Basisversorgung** | **Kompetenzen/ Individueller Hilfebedarf** | **HBK** bisher | **HBK** Vorschlag | **Aktuelle Ziele** | **Maßnahmen,Methodik, Zeitrahmen** |
| 1. **Ernährung**   dazu gehören z.B.:   * + Genussfähigkeit entwickeln   + Auswahl der Nahrung   + Genießbarkeit feststellen, Verfallsdatum erkennen   + Einteilung der Nahrungsmenge   + Essen mit Messer und Gabel oder Löffel   + Essensaufnahme mit Hilfsmitteln und Unterstützung   + zerkleinern oder pürieren des Essens   + Trinken aus dem Becher oder Glas   + sich selbst bedienen zu können   + angemessenes Verhalten beim Essen | **k****k.m.S****k.n.**  **C D**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Körperpflege**   dazu gehören z.B.:   * + Morgen- und Abendtoilette: Hände waschen, Ganz- oder Teilwaschung, Zähneputzen, Prothesenpflege, Rasieren, Ohren reinigen, Haare waschen, Frisieren   + Pediküre, Maniküre, Monatshygiene   + sinnvoller Einsatz von Pflegemitteln, Gebrauch von Kosmetik, Kontrolle vor dem Spiegel | **k****k.m.S****k.n.**  **C D**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Toilettenbenutzung**   dazu gehören z B.:   * + Aufsuchen der Toilette   + sachgerechte Benutzung der Toilette   + Umgang mit Inkontinenz   + sich säubern, Hände waschen | **k****k.m.S****k.n.**  **D D**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Aufstehen/ zu Bett gehen**   dazu gehören z.B.:   * + pünktlich und selbständig aufstehen   + zeitliche Orientierung   + Nutzung von Hilfsmitteln   + Ruhebedürfnis erkennen und danach handeln | **k****k.m.S****k.n.**  **A A**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Baden/ Duschen**   dazu gehören z.B.:   * + selbständiges Duschen/Baden   + Temperatureinstellung   + Wasser ein- und auslassen   + Abtrocknen / Haare trocknen   + Reinigung der Badewanne   + sachgerechte Nutzung von Pflegemitteln | **k****k.m.S****k.n.**  **A A**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Anziehen/ Ausziehen**   dazu gehören z. B.:   * + witterungsgerechte Auswahl von Kleidung   + selbständiges Ankleiden und Auskleiden   + Betätigung von Verschlüssen | **k****k.m.S****k.n.**  **A A**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Gestaltung sozialer Beziehungen** | **Kompetenzen/ Individueller Hilfebedarf** | **HBK** bisher | **HBK** Vorschlag | **Aktuelle Ziele** | **Maßnahmen,Methodik, Zeitrahmen** |
| 1. **Im unmittelbaren Nahbereich**   **dazu zählen Mitbewohner, betreuende Fachkräfte und sonstige Mitarbeiter, Nachbarn**  dazu gehören z.B.:   * + zu Menschen der näheren Umgebung angemessen Kontakt aufnehmen und pflegen   + sie wahrnehmen und verstehen   + Anteil nehmen, Unterstützung geben, Toleranz üben   + Regeln und Absprachen einhalten   + Umgang mit Beschwerden   + sich Konflikten stellen und sie angemessen austragen   + Nähe und Distanz steuern   + sich in vertrauter und fremder Gruppensituation angemessen verhalten   + sich bei besonderen Anlässen angemessen verhalten | **k****k.m.S****k.n.**  **A A**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Zu Angehörigen und / oder Personen mit familiärer oder ähnlich persönlicher Beziehung**   dazu gehören z.B.:   * + Aufrechterhaltung der Beziehungen   + Kontaktaufnahme   + Abgrenzung zu Angehörigen   + Konfliktbewältigung   + Ablösungsprobleme vom Elternhaus   + Bewältigung des Abbruchs von Beziehungen   + Absprache und Konfliktlösung bei zusätzlicher Funktion von Angehörigen als ehrenamtliche rechtliche Betreuer   + Verarbeitung fehlender familiärer Beziehungen, Trauerarbeit | **k****k.m.S****k.n.**  **A A**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **In Freundschaften/ Partnerschaften**   dazu gehören z.B.:   * + Aufbau und Erhalt der Beziehungen   + Gegenseitige Bedürfnisse und Grenzen erkennen und mitteilen   + Konflikt- /Krisenbewältigung   + Umgang mit eigener Sexualität   + Kenntnisse über Verhütung   + Kinderwunsch, Familienplanung   + Bewältigung unerfüllter Partnerwünsche und sexueller Wünsche | **k****k.m.S****k.n.**  **A A**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Teilnahme am gesellschaftlichen und kulturellen Leben** | **Kompetenzen/ Individueller Hilfebedarf** | **HBK** bisher | **HBK** Vorschlag | **Aktuelle Ziele** | **Maßnahmen,Methodik, Zeitrahmen** |
| 1. **Gestaltung freier Zeit/ Eigenbeschäftigung**   dazu gehören z.B.:   * + Nutzung der freien Zeit   + Planung, Einteilung der freien Zeit   + Ausführung von Hobbys und Freizeitaktivitäten   + Entwicklung persönlicher Vorlieben und Talente   + Umgang mit Medien   + Umgang mit Kulturtechniken, Lesen, Schreiben | **k****k.m.S****k.n.**  **A A**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Teilnahme an Freizeitangeboten/ kulturellen Veranstaltungen**   dazu gehören z.B.:   * + Information über Angebote   + eigene Auswahl von Angeboten   + aktives Aufsuchen/Teilnehmen   + eigene Grenzen erkennen und akzeptieren   + Teilnehmen einschl. der erforderlichen körperliche Mobilität   + Urlaubsreisen   + Abwechslung und Ausdauer | **k****k.m.S****k.n.**  **A A**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Begegnung mit sozialen Gruppen**   dazu gehören z.B.:   * + Orientierung in fremden Gruppen   + situationsangemessenes Sozialverhalten   + Konfliktbewältigung im Freizeitbereich   + Konfliktbewältigung im Arbeitsbereich   + Gruppenfähigkeit | **k****k.m.S****k.n.**  **A A**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Erschließen außerhäuslicher Lebensbereiche**   dazu gehören z.B.:   * + Besuch von Schule, Arbeitsplatz, Beschäftigungsbereich, Verein, Freizeitgruppen, Selbsthilfegruppen, Religionsgemeinschaft   + Zugang zu neuen Lebensräumen | **k****k.m.S****k.n.**  **A A**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Entwickeln von Zukunftsperspektiven/Lebensplanung**   dazu gehören z.B.:   * + Entwickeln von selbstständigen und betreuten Wohnperspektiven Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung   + Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle in der Gesellschaft   + Entwickeln persönlicher Ziele | **k****k.m.S****k.n.**  **A A**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Kommunikation und Orientierung** | **Kompetenzen/ Individueller Hilfebedarf** | **HBK** bisher | **HBK** Vorschlag | **Aktuelle Ziele** | **Maßnahmen, Methodik, Zeitrahmen** |
| 1. **Kompensation von Sinnesbeeinträchtigungen und Kommunikationsstörungen/ Unterstützung der Kulturtechniken**   dazu gehören z.B.:   * + gezieltes Training einer Hilfsmittelnutzung (wie Langstock, Hörgerät, PC)   + Übung von Gebärdensprache oder anderen nichtsprachlichen Kommunikationswegen   + Übungen zur Aufrechterhaltung oder Erweiterung der Kulturtechniken   + Übungen zum Erlernen der deutschen Sprache bei Ausländern, Kommunikationshilfe, Sprachverständnis   + verbale Fähigkeiten   + nonverbale Ausdrucksfähigkeit   + Fördern der Fähigkeit Wünsche, Bedürfnisse, Befindlichkeiten mitzuteilen   + Lesen und Schreiben üben | **k****k.m.S****k.n.**  **A A**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Zeitliche Orientierung**   dazu gehören z.B.:   * + Kenntnis der Uhrzeit   + des Tag-/Nacht–Rhythmus   + der Wochentage   + des Jahresrhythmus (Feiertage)   + Einhaltung zeitlicher Absprachen   + Nutzen und Erstellen von Kalender und Wochenplänen | **k****k.m.S****k.n.**  **A A**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Räumliche Orientierung in vertrauter Umgebung**   dazu gehören z.B.:   * + Orientierung im Wohnbereich,   + Kenntnis der Lage des eigenen Zimmers, der Wohnung, des Hauses   + Orientierung auf dem Gelände   + in der Nachbarschaft   + an allen regelmäßig aufgesuchten Orten einschließlich des Weges zur Arbeit   + Mobilitätstraining   + Verkehrssicherheit | **k****k.m.S****k.n.**  **A A**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Räumliche Orientierung in fremder Umgebung**   dazu gehören z. B.:   * + Orientierung in der weiteren Nachbarschaft, in anderen Bezirken   + Orientierung nach Ortsangaben   + Nutzung von Nahverkehrsmitteln   + Nutzung von Fernverkehrsmitteln   + Verkehrssicherheit   + Mobilitätstraining | **k****k.m.S****k.n.**  **A A**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Emotionale und psychische Entwicklung** | **Kompetenzen/ Individueller Hilfebedarf** | **HBK** bisher | **HBK** Vorschlag | **Aktuelle Ziele** | **Maßnahmen,Methodik, Zeitrahmen** |
| 1. **Bewältigung von Angst, Unruhe, Spannungen**   dazu gehören z.B.:   * + motorische Unruhe, innere Unruhe   + ständiges Reden, diffuse Lautäußerungen, Schreien   + unmotiviertes An- und Auskleiden auch von einzelnen Kleidungsstücken   + häufiges Zerreißen von Gegenständen   + Weglaufen   + hypersensible Wahrnehmung   + sich bedroht fühlen von anderen Menschen oder Veränderungen in der Umgebung   + Zwangshandlungen   + stereotype Verhaltensweisen   Bei Heranwachsenden: altersbedingte Ängste (z.B. nicht allein bleiben können), erhebliche Spannungen im Rahmen der psychosozialen Entwicklungsphasen (z.B. Pubertät). | **k****k.m.S****k.n.**  **A A**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Bewältigung von Antriebsstörungen**   dazu gehören z.B.:   * + Apathie, Antriebsarmut   + Passivität, Bewegungsarmut   + Interesselosigkeit, Lethargie | **k****k.m.S****k.n.**  **A A**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Bewältigung paranoider und/oder affektiver Symptomatik**   dazu gehören z.B.:   * + Wahnvorstellungen   + depressive Störungen   + manische Störungen   + Befindlichkeitsstörungen im Sinne psychosomatischer Erkrankungen/ -funktioneller Störungen   + Borderlinestörungen   + Sucht (Alkohol, Drogen, Essstörungen)   + Maßnahmen zur Bewältigung des Suchtproblems   + Besuch einer Selbsthilfegruppe   + Zwangserkrankungen (z.B. Waschzwang)   + Posttraumatische Belastungsstörungen.   Der individuelle persönliche Hilfebedarf wird durch die Behandlungsmöglichkeiten des Psychologen oder Facharztes beeinflusst und sollte mit diesem abgestimmt werden. | **k****k.m.S****k.n.**  **A A**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Umgang mit und Abbau von erheblichen selbst- und fremdgefährdenden Verhaltensweisen**   dazu gehören z.B.:   * + sich an den Haaren ziehen, Kopf gegen die Wand/Hand gegen den Kopf schlagen, in Körperteile beißen, sich blutig kratzen, sich in die Augen stechen, Kotschmieren   + Verweigerung von Medikamenten­einnahme, Nahrungsaufnahme, Ausscheidung   + Suiziddrohung und -gefährdung   + Angriff auf andere Personen, z.B. andere schlagen, schubsen, an den Haaren ziehen, kratzen, würgen   + Sexuelle Übergriffe/Gewalt   + Gewalt gegen Sachen, zündeln   + Rauchen im Bett bei Müdigkeit   Hierzu zählen alle Verhaltensweisen, durch die ernsthafte Gefahren für die eigene Gesundheit oder die anderer Menschen entstehen. | **k****k.m.S****k.n.** **A A**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Gesundheitsförderung und erhaltung** | **Kompetenzen/ Individueller Hilfebedarf** | **HBK** bisher | **HBK** Vorschlag | **Aktuelle Ziele** | **Maßnahmen,Methodik, Zeitrahmen** |
| 1. **Ausführen ärztlicher, therapeutischer Verordnungen**   dazu gehören z.B.:   * + Einnahme von Medikamenten (oral, rektal)   + Einnahme von Betäubungsmitteln (BtM)   + Injektionen (subkutan, intramuskulös, intravenös)   + Einreibungen   + Inhalieren, Bedienen von Inhalationsgeräten   + Fortführung therapeutischer Maßnahmen im Alltag (z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie) | **k****k.m.S****k.n.**  **A A**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Absprache und Durchführung von Arztterminen**   dazu gehören z.B.:   * + Arztwahl   + Terminvereinbarung   + Regelmäßige wöchentliche Begleitung zum Arzt, Gespräch mit dem Arzt   + Transport   + Rezepte und Verordnungen einlösen   + Versorgung bei geringfügigen akuten Erkrankungen (Erkältung) | **k****k.m.S****k.n.**  **A A**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Spezielle pflegerische Erfordernisse**   dazu gehören z.B.:   * + Dekubitusprophylaxe und -versorgung,   + Sturzprophylaxe   + Bedienung von Sauerstoffgeräten * Sekret absaugen in den oberen Atemwegen, Tracheostoma-Versorgung (herausnehmen und reinigen). * Aspirationsprophylaxe und Pneumonieprophylaxe * Ernährungsmanagement bei erheblichen Risikofaktoren (z.B. vorliegender Mangelernährung, Essstörungen) * Pflege bei Sondenernährung, z.B. bei Versorgung mit einer PEG-Sonde * Förderung der Harnkontinenz (z.B. Beckenbodentraining) * Hilfen zum Urinieren, z.B. bei Miktionsstörungen (z.B. Beutelwechsel und Reinigen des Bauchdeckenkatheters) * Hilfen zum Abführen, z.B. bei Obstipation bzw. Diarrhöe(z.B. Klistier, Beutelwechsel und Reinigen des Dauerkatheters bei künstlichem Darmausgang) * Anlegen von / Umgang mit Hilfsmitteln, wie beispielsweise   + Prothesen als Ersatz für Extremitäten (Arm/Bein etc.),   + Orthesen, die als orthopädisches Gerät mit Stütz- und haltungskorrigierender Funktion verordnet sind, die der Stabilisierung, Ruhigstellung, Entlastung, Führung oder Korrektur des Körpers und der betroffenen Gliedmaßen dienen zur Kontraktur-Prophylaxe   + Stehbett * Kompressionsstrümpfe, -wickel * Beobachtung und Umgang mit chronischen Schmerzen (Schmerzmanagement) * Versorgung von chronischen Wunden   + Umgang mit chronischen Infektionserkrankungen (z.B. Soor, Hepatitis C und MRSA) | **k****k.m.S****k.n.**  **A A**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Beobachtung und Überwachung des Gesundheitszustandes**   dazu gehören z.B.:   * + Regelmäßige Gesundheitskontrollen, Vorsorgeuntersuchungen   + Beobachtung bei Krankheit   + Gewichtskontrolle   + Überwachung bei chronischen Erkrankungen, z.B. Diabetes, Epilepsie   + Einhaltung von ärztlich verordneten Diäten   + Beobachtung des allgemeinen Gesundheitszustandes   + Beobachtung/Dokumentation der Ein-/Ausfuhr bei z.B. funktionsgeschädigten Nieren, Dialyse, Austrocknungsgefahr, Darmträgheit | **k****k.m.S****k.n.**  **A A**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Gesundheitsfördernder Lebensstil**   dazu gehören z.B.:   * + Krankheitseinsicht und Verständnis   + Kenntnisse über gesunde Ernährung   + ausgewogene Ernährung   + körperliches Training   + Bewegung an der frischen Luft   + Vermeidung gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen wie z.B. zu wenig Schlaf, Flüssigkeitszufuhr | **k****k.m.S****k.n.**  **A A**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Anmerkungen:

Datum:       Bezugsbetreuer/in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Einrichtungsleitung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_