

Formular zur Dokumentation

Name der pflegebedürftigen Person						
Geburtsdatum	von bis					
Zeitraum der Dokumentation						
Dokumentierende Person / Hauptpflegeperson						
Bisheriger Pflegegrad	☐ keiner ☐ PG 1 ☐ PG 2 ☐ PG 3 ☐ PG 4 ☐ PG 5					
Wichtige Diagnosen / Einschränkungen						
Regelmäßige Hilfsmittel	☐ Rollator / Gehstock ☐ Rollstuhl ☐ Pflegebett / Aufrichthilfe ☐ Lagerungskissen / Antidekubitusmatratze ☐ Patientenlifter / Transferhilfe ☐ Toilettensstuhl / Toilettensitzerhöhung ☐ Duschstuhl / Badewannenbrett / Badewannenlifter ☐ Haltegriffe / Antirutschmatte ☐ Inkontinenzmaterial / Bettschutzeinlagen ☐ Hausnotruf ☐ Medikamentendispenser ☐ Brille / Hörgerät ☐ Kompressionsstrümpfe / Anziehhilfe ☐ Greifhilfe ☐ Sonstiges:					

Hinweise zum Ausfüllen

Zeitraum	Möglichst 7 bis 14 Tage dokumentieren. Nicht benötigte Tagesblätter können leer bleiben.
Grund der Hilfe	Eintragen, warum Hilfe nötig war: z. B. Sturzgefahr, Vergesslichkeit, Schmerzen, Schwäche, fehlende Einsicht oder Pflegeabwehr.
Hilfeform	Eintragen: Erinnerung, Anleitung, Beaufsichtigung, teilweise Übernahme, vollständige Übernahme, Motivation oder Beruhigung.
Schwankungen	Gute und schlechte Tage realistisch beschreiben. Bei wechselndem Zustand sind konkrete Beispiele besonders wichtig.
Wichtig	Erfasst werden Art, Häufigkeit und Grund der notwendigen Hilfe; Minutenangaben sind nicht vorgesehen.
Erschwerte Bedingungen	Ankreuzen und kurz beschreiben, was die Pflege zusätzlich erschwert: z. B. starke Schmerzen, Angst/Unruhe, Pflegeabwehr, Sturzgefahr, fehlende Einsicht, eingeschränkte Beweglichkeit oder Kommunikationsprobleme.
Besondere krankheitsbedingte Faktoren	Ankreuzen, wenn zusätzliche krankheitsbedingte Belastungen vorliegen: z. B. Schluckstörung, Atemnot, starkes Unter- oder Übergewicht, Wunden/Dekubitus, Tremor, Spastik/Kontrakturen oder Seh-/Hörprobleme.

Hilfeformen

Hilfeform	Bedeutung / Beispiel
Erinnerung	Die Person muss an eine Tätigkeit erinnert werden, z. B. Trinken oder Medikamente.
Anleitung	Die Tätigkeit muss Schritt für Schritt erklärt und begleitet werden.
Beaufsichtigung	Die Person kann etwas teilweise selbst tun, braucht aber Aufsicht, z. B. wegen Sturzgefahr.
Teilweise Übernahme	Einzelne Schritte werden übernommen, z. B. Beine waschen oder Kleidung richten.
Vollständige Übernahme	Die Tätigkeit wird komplett durch die Pflegeperson durchgeführt.
Motivation / Beruhigung	Die Person muss motiviert, beruhigt oder zur Mitwirkung bewegt werden.

Tagesblatt 1 – Pflegetagebuch

Datum		Wochentag	
Dokumentierende Person		Allgemeiner Zustand	☐ gut ☐ wechselhaft ☐ schlecht ☐ sehr schlecht
Auffälligkeiten	☐ Schmerzen ☐ Sturz ☐ Verwirrtheit ☐ Unruhe	Weitere	☐ Pflegeabwehr ☐ Inkontinenz ☐ Schlafprobleme
Erschwerte Bedingungen	☐ starke Schmerzen ☐ Angst/Unruhe ☐ Pflegeabwehr/fehlende Einsicht ☐ Sturz-/Rutschgefahr ☐ eingeschränkte Beweglichkeit ☐ Erschöpfung ☐ Kommunikationsprobleme ☐ Sonstiges:		
Besondere krankheitsbedingte Faktoren	☐ Schluckstörung ☐ Atemnot ☐ auffälliges Körpergewicht ☐ Wunden/Dekubitus ☐ Tremor ☐ Spastik/Kontrakturen ☐ Seh-/Hörprobleme ☐ Krampfanfälle ☐ Sonstiges:		

Bitte konkrete Beispiele eintragen: Welche Tätigkeit war nicht selbstständig möglich? Welcher Hilfebedarf bestand? Welche erschwerten Bedingungen oder krankheitsbedingten Faktoren lagen vor?

Tätigkeit	Hilfebedarf	Anmerkungen
Aufstehen / Hinlegen		
Umlagern / Positionswechsel		
Gehen / Transfer / Treppen		
Waschen / Körperpflege		
Duschen / Baden		
An- und Auskleiden		
Essen vorbereiten / anreichen		
Trinken anbieten / erinnern		
Inkontinenzversorgung		
Medikamente richten / Einnahme überwachen		
Behandlungspflege, z. B. Blutdruck, Insulin, Verband		
Orientierung / Gedächtnis / Kommunikation		
Verhalten / Psyche, z. B. Unruhe, Angst, Abwehr		
Tagesstruktur / Beschäftigung / soziale Kontakte		

Hilfeformen

Uhrzeit	Anlass	Welche Hilfe war notwendig?	Bemerkungen
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		

Tageszusammenfassung / besondere Vorkommnisse

Tagesbewertung	☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht ☐ sehr schlecht	Nächtliche Hilfe	☐ ja ☐ ja, Anzahl
Besondere Ereignisse	.....	Unterschrift / Kürzel	.....

Tagesblatt 2 – Pflegetagebuch

Datum		Wochentag	
Dokumentierende Person		Allgemeiner Zustand	☐ gut ☐ wechselhaft ☐ schlecht ☐ sehr schlecht
Auffälligkeiten	☐ Schmerzen ☐ Sturz ☐ Verwirrtheit ☐ Unruhe	Weitere	☐ Pflegeabwehr ☐ Inkontinenz ☐ Schlafprobleme
Erschwerte Bedingungen	☐ starke Schmerzen ☐ Angst/Unruhe ☐ Pflegeabwehr/fehlende Einsicht ☐ Sturz-/Rutschgefahr ☐ eingeschränkte Beweglichkeit ☐ Erschöpfung ☐ Kommunikationsprobleme ☐ Sonstiges:		
Besondere krankheitsbedingte Faktoren	☐ Schluckstörung ☐ Atemnot ☐ auffälliges Körpergewicht ☐ Wunden/Dekubitus ☐ Tremor ☐ Spastik/Kontrakturen ☐ Seh-/Hörprobleme ☐ Krampfanfälle ☐ Sonstiges:		

Bitte konkrete Beispiele eintragen: Welche Tätigkeit war nicht selbstständig möglich? Welcher Hilfebedarf bestand? Welche erschwerten Bedingungen oder krankheitsbedingten Faktoren lagen vor?

Tätigkeit	Hilfebedarf	Anmerkungen
Aufstehen / Hinlegen		
Umlagern / Positionswechsel		
Gehen / Transfer / Treppen		
Waschen / Körperpflege		
Duschen / Baden		
An- und Auskleiden		
Essen vorbereiten / anreichen		
Trinken anbieten / erinnern		
Inkontinenzversorgung		
Medikamente richten / Einnahme überwachen		
Behandlungspflege, z. B. Blutdruck, Insulin, Verband		
Orientierung / Gedächtnis / Kommunikation		
Verhalten / Psyche, z. B. Unruhe, Angst, Abwehr		
Tagesstruktur / Beschäftigung / soziale Kontakte		

Hilfeformen

Uhrzeit	Anlass	Welche Hilfe war notwendig?	Bemerkungen
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		

Tageszusammenfassung / besondere Vorkommnisse

Tagesbewertung	☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht ☐ sehr schlecht	Nächtliche Hilfe	☐ ja ☐ ja, Anzahl
Besondere Ereignisse	.....	Unterschrift / Kürzel	.....

Tagesblatt 3 – Pflegetagebuch

Datum		Wochentag	
Dokumentierende Person		Allgemeiner Zustand	☐ gut ☐ wechselhaft ☐ schlecht ☐ sehr schlecht
Auffälligkeiten	☐ Schmerzen ☐ Sturz ☐ Verwirrtheit ☐ Unruhe	Weitere	☐ Pflegeabwehr ☐ Inkontinenz ☐ Schlafprobleme
Erschwerte Bedingungen	☐ starke Schmerzen ☐ Angst/Unruhe ☐ Pflegeabwehr/fehlende Einsicht ☐ Sturz-/Rutschgefahr ☐ eingeschränkte Beweglichkeit ☐ Erschöpfung ☐ Kommunikationsprobleme ☐ Sonstiges:		
Besondere krankheitsbedingte Faktoren	☐ Schluckstörung ☐ Atemnot ☐ auffälliges Körpergewicht ☐ Wunden/Dekubitus ☐ Tremor ☐ Spastik/Kontrakturen ☐ Seh-/Hörprobleme ☐ Krampfanfälle ☐ Sonstiges:		

Bitte konkrete Beispiele eintragen: Welche Tätigkeit war nicht selbstständig möglich? Welcher Hilfebedarf bestand? Welche erschwerten Bedingungen oder krankheitsbedingten Faktoren lagen vor?

Tätigkeit	Hilfebedarf	Anmerkungen
Aufstehen / Hinlegen		
Umlagern / Positionswechsel		
Gehen / Transfer / Treppen		
Waschen / Körperpflege		
Duschen / Baden		
An- und Auskleiden		
Essen vorbereiten / anreichen		
Trinken anbieten / erinnern		
Inkontinenzversorgung		
Medikamente richten / Einnahme überwachen		
Behandlungspflege, z. B. Blutdruck, Insulin, Verband		
Orientierung / Gedächtnis / Kommunikation		
Verhalten / Psyche, z. B. Unruhe, Angst, Abwehr		
Tagesstruktur / Beschäftigung / soziale Kontakte		

Hilfeformen

Uhrzeit	Anlass	Welche Hilfe war notwendig?	Bemerkungen
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		

Tageszusammenfassung / besondere Vorkommnisse

Tagesbewertung	☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht ☐ sehr schlecht	Nächtliche Hilfe	☐ ja ☐ ja, Anzahl
Besondere Ereignisse	.....	Unterschrift / Kürzel	.....

Tagesblatt 4 – Pflegetagebuch

Datum		Wochentag	
Dokumentierende Person		Allgemeiner Zustand	☐ gut ☐ wechselhaft ☐ schlecht ☐ sehr schlecht
Auffälligkeiten	☐ Schmerzen ☐ Sturz ☐ Verwirrtheit ☐ Unruhe	Weitere	☐ Pflegeabwehr ☐ Inkontinenz ☐ Schlafprobleme
Erschwerte Bedingungen	☐ starke Schmerzen ☐ Angst/Unruhe ☐ Pflegeabwehr/fehlende Einsicht ☐ Sturz-/Rutschgefahr ☐ eingeschränkte Beweglichkeit ☐ Erschöpfung ☐ Kommunikationsprobleme ☐ Sonstiges:		
Besondere krankheitsbedingte Faktoren	☐ Schluckstörung ☐ Atemnot ☐ auffälliges Körpergewicht ☐ Wunden/Dekubitus ☐ Tremor ☐ Spastik/Kontrakturen ☐ Seh-/Hörprobleme ☐ Krampfanfälle ☐ Sonstiges:		

Bitte konkrete Beispiele eintragen: Welche Tätigkeit war nicht selbstständig möglich? Welcher Hilfebedarf bestand? Welche erschwerten Bedingungen oder krankheitsbedingten Faktoren lagen vor?

Tätigkeit	Hilfebedarf	Anmerkungen
Aufstehen / Hinlegen		
Umlagern / Positionswechsel		
Gehen / Transfer / Treppen		
Waschen / Körperpflege		
Duschen / Baden		
An- und Auskleiden		
Essen vorbereiten / anreichen		
Trinken anbieten / erinnern		
Inkontinenzversorgung		
Medikamente richten / Einnahme überwachen		
Behandlungspflege, z. B. Blutdruck, Insulin, Verband		
Orientierung / Gedächtnis / Kommunikation		
Verhalten / Psyche, z. B. Unruhe, Angst, Abwehr		
Tagesstruktur / Beschäftigung / soziale Kontakte		

Hilfeformen

Uhrzeit	Anlass	Welche Hilfe war notwendig?	Bemerkungen
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		

Tageszusammenfassung / besondere Vorkommnisse

Tagesbewertung	☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht ☐ sehr schlecht	Nächtliche Hilfe	☐ ja ☐ ja, Anzahl
Besondere Ereignisse	.....	Unterschrift / Kürzel	.....

Tagesblatt 5 – Pflegetagebuch

Datum		Wochentag	
Dokumentierende Person		Allgemeiner Zustand	☐ gut ☐ wechselhaft ☐ schlecht ☐ sehr schlecht
Auffälligkeiten	☐ Schmerzen ☐ Sturz ☐ Verwirrtheit ☐ Unruhe	Weitere	☐ Pflegeabwehr ☐ Inkontinenz ☐ Schlafprobleme
Erschwerte Bedingungen	☐ starke Schmerzen ☐ Angst/Unruhe ☐ Pflegeabwehr/fehlende Einsicht ☐ Sturz-/Rutschgefahr ☐ eingeschränkte Beweglichkeit ☐ Erschöpfung ☐ Kommunikationsprobleme ☐ Sonstiges:		
Besondere krankheitsbedingte Faktoren	☐ Schluckstörung ☐ Atemnot ☐ auffälliges Körpergewicht ☐ Wunden/Dekubitus ☐ Tremor ☐ Spastik/Kontrakturen ☐ Seh-/Hörprobleme ☐ Krampfanfälle ☐ Sonstiges:		

Bitte konkrete Beispiele eintragen: Welche Tätigkeit war nicht selbstständig möglich? Welcher Hilfebedarf bestand? Welche erschwerten Bedingungen oder krankheitsbedingten Faktoren lagen vor?

Tätigkeit	Hilfebedarf	Anmerkungen
Aufstehen / Hinlegen		
Umlagern / Positionswechsel		
Gehen / Transfer / Treppen		
Waschen / Körperpflege		
Duschen / Baden		
An- und Auskleiden		
Essen vorbereiten / anreichen		
Trinken anbieten / erinnern		
Inkontinenzversorgung		
Medikamente richten / Einnahme überwachen		
Behandlungspflege, z. B. Blutdruck, Insulin, Verband		
Orientierung / Gedächtnis / Kommunikation		
Verhalten / Psyche, z. B. Unruhe, Angst, Abwehr		
Tagesstruktur / Beschäftigung / soziale Kontakte		

Hilfeformen

Uhrzeit	Anlass	Welche Hilfe war notwendig?	Bemerkungen
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		

Tageszusammenfassung / besondere Vorkommnisse

Tagesbewertung	☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht ☐ sehr schlecht	Nächtliche Hilfe	☐ ja ☐ ja, Anzahl
Besondere Ereignisse	.....	Unterschrift / Kürzel	.....

Tagesblatt 6 – Pflegetagebuch

Datum		Wochentag	
Dokumentierende Person		Allgemeiner Zustand	☐ gut ☐ wechselhaft ☐ schlecht ☐ sehr schlecht
Auffälligkeiten	☐ Schmerzen ☐ Sturz ☐ Verwirrtheit ☐ Unruhe	Weitere	☐ Pflegeabwehr ☐ Inkontinenz ☐ Schlafprobleme
Erschwerte Bedingungen	☐ starke Schmerzen ☐ Angst/Unruhe ☐ Pflegeabwehr/fehlende Einsicht ☐ Sturz-/Rutschgefahr ☐ eingeschränkte Beweglichkeit ☐ Erschöpfung ☐ Kommunikationsprobleme ☐ Sonstiges:		
Besondere krankheitsbedingte Faktoren	☐ Schluckstörung ☐ Atemnot ☐ auffälliges Körpergewicht ☐ Wunden/Dekubitus ☐ Tremor ☐ Spastik/Kontrakturen ☐ Seh-/Hörprobleme ☐ Krampfanfälle ☐ Sonstiges:		

Bitte konkrete Beispiele eintragen: Welche Tätigkeit war nicht selbstständig möglich? Welcher Hilfebedarf bestand? Welche erschwerten Bedingungen oder krankheitsbedingten Faktoren lagen vor?

Tätigkeit	Hilfebedarf	Anmerkungen
Aufstehen / Hinlegen		
Umlagern / Positionswechsel		
Gehen / Transfer / Treppen		
Waschen / Körperpflege		
Duschen / Baden		
An- und Auskleiden		
Essen vorbereiten / anreichen		
Trinken anbieten / erinnern		
Inkontinenzversorgung		
Medikamente richten / Einnahme überwachen		
Behandlungspflege, z. B. Blutdruck, Insulin, Verband		
Orientierung / Gedächtnis / Kommunikation		
Verhalten / Psyche, z. B. Unruhe, Angst, Abwehr		
Tagesstruktur / Beschäftigung / soziale Kontakte		

Hilfeformen

Uhrzeit	Anlass	Welche Hilfe war notwendig?	Bemerkungen
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		

Tageszusammenfassung / besondere Vorkommnisse

Tagesbewertung	☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht ☐ sehr schlecht	Nächtliche Hilfe	☐ ja ☐ ja, Anzahl
Besondere Ereignisse	.....	Unterschrift / Kürzel	.....

Tagesblatt 7 – Pflegetagebuch

Datum		Wochentag	
Dokumentierende Person		Allgemeiner Zustand	☐ gut ☐ wechselhaft ☐ schlecht ☐ sehr schlecht
Auffälligkeiten	☐ Schmerzen ☐ Sturz ☐ Verwirrtheit ☐ Unruhe	Weitere	☐ Pflegeabwehr ☐ Inkontinenz ☐ Schlafprobleme
Erschwerte Bedingungen	☐ starke Schmerzen ☐ Angst/Unruhe ☐ Pflegeabwehr/fehlende Einsicht ☐ Sturz-/Rutschgefahr ☐ eingeschränkte Beweglichkeit ☐ Erschöpfung ☐ Kommunikationsprobleme ☐ Sonstiges:		
Besondere krankheitsbedingte Faktoren	☐ Schluckstörung ☐ Atemnot ☐ auffälliges Körpergewicht ☐ Wunden/Dekubitus ☐ Tremor ☐ Spastik/Kontrakturen ☐ Seh-/Hörprobleme ☐ Krampfanfälle ☐ Sonstiges:		

Bitte konkrete Beispiele eintragen: Welche Tätigkeit war nicht selbstständig möglich? Welcher Hilfebedarf bestand? Welche erschwerten Bedingungen oder krankheitsbedingten Faktoren lagen vor?

Tätigkeit	Hilfebedarf	Anmerkungen
Aufstehen / Hinlegen		
Umlagern / Positionswechsel		
Gehen / Transfer / Treppen		
Waschen / Körperpflege		
Duschen / Baden		
An- und Auskleiden		
Essen vorbereiten / anreichen		
Trinken anbieten / erinnern		
Inkontinenzversorgung		
Medikamente richten / Einnahme überwachen		
Behandlungspflege, z. B. Blutdruck, Insulin, Verband		
Orientierung / Gedächtnis / Kommunikation		
Verhalten / Psyche, z. B. Unruhe, Angst, Abwehr		
Tagesstruktur / Beschäftigung / soziale Kontakte		

Hilfeformen

Uhrzeit	Anlass	Welche Hilfe war notwendig?	Bemerkungen
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		

Tageszusammenfassung / besondere Vorkommnisse

Tagesbewertung	☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht ☐ sehr schlecht	Nächtliche Hilfe	☐ ja ☐ ja, Anzahl
Besondere Ereignisse	.....	Unterschrift / Kürzel	.....

Tagesblatt 8 – Pflegetagebuch

Datum		Wochentag	
Dokumentierende Person		Allgemeiner Zustand	☐ gut ☐ wechselhaft ☐ schlecht ☐ sehr schlecht
Auffälligkeiten	☐ Schmerzen ☐ Sturz ☐ Verwirrtheit ☐ Unruhe	Weitere	☐ Pflegeabwehr ☐ Inkontinenz ☐ Schlafprobleme
Erschwerte Bedingungen	☐ starke Schmerzen ☐ Angst/Unruhe ☐ Pflegeabwehr/fehlende Einsicht ☐ Sturz-/Rutschgefahr ☐ eingeschränkte Beweglichkeit ☐ Erschöpfung ☐ Kommunikationsprobleme ☐ Sonstiges:		
Besondere krankheitsbedingte Faktoren	☐ Schluckstörung ☐ Atemnot ☐ auffälliges Körpergewicht ☐ Wunden/Dekubitus ☐ Tremor ☐ Spastik/Kontrakturen ☐ Seh-/Hörprobleme ☐ Krampfanfälle ☐ Sonstiges:		

Bitte konkrete Beispiele eintragen: Welche Tätigkeit war nicht selbstständig möglich? Welcher Hilfebedarf bestand? Welche erschwerten Bedingungen oder krankheitsbedingten Faktoren lagen vor?

Tätigkeit	Hilfebedarf	Anmerkungen
Aufstehen / Hinlegen		
Umlagern / Positionswechsel		
Gehen / Transfer / Treppen		
Waschen / Körperpflege		
Duschen / Baden		
An- und Auskleiden		
Essen vorbereiten / anreichen		
Trinken anbieten / erinnern		
Inkontinenzversorgung		
Medikamente richten / Einnahme überwachen		
Behandlungspflege, z. B. Blutdruck, Insulin, Verband		
Orientierung / Gedächtnis / Kommunikation		
Verhalten / Psyche, z. B. Unruhe, Angst, Abwehr		
Tagesstruktur / Beschäftigung / soziale Kontakte		

Hilfeformen

Uhrzeit	Anlass	Welche Hilfe war notwendig?	Bemerkungen
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		

Tageszusammenfassung / besondere Vorkommnisse

Tagesbewertung	☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht ☐ sehr schlecht	Nächtliche Hilfe	☐ ja ☐ ja, Anzahl
Besondere Ereignisse	.....	Unterschrift / Kürzel	.....

Tagesblatt 9 – Pflegetagebuch

Datum		Wochentag	
Dokumentierende Person		Allgemeiner Zustand	☐ gut ☐ wechselhaft ☐ schlecht ☐ sehr schlecht
Auffälligkeiten	☐ Schmerzen ☐ Sturz ☐ Verwirrtheit ☐ Unruhe	Weitere	☐ Pflegeabwehr ☐ Inkontinenz ☐ Schlafprobleme
Erschwerte Bedingungen	☐ starke Schmerzen ☐ Angst/Unruhe ☐ Pflegeabwehr/fehlende Einsicht ☐ Sturz-/Rutschgefahr ☐ eingeschränkte Beweglichkeit ☐ Erschöpfung ☐ Kommunikationsprobleme ☐ Sonstiges:		
Besondere krankheitsbedingte Faktoren	☐ Schluckstörung ☐ Atemnot ☐ auffälliges Körpergewicht ☐ Wunden/Dekubitus ☐ Tremor ☐ Spastik/Kontrakturen ☐ Seh-/Hörprobleme ☐ Krampfanfälle ☐ Sonstiges:		

Bitte konkrete Beispiele eintragen: Welche Tätigkeit war nicht selbstständig möglich? Welcher Hilfebedarf bestand? Welche erschwerten Bedingungen oder krankheitsbedingten Faktoren lagen vor?

Tätigkeit	Hilfebedarf	Anmerkungen
Aufstehen / Hinlegen		
Umlagern / Positionswechsel		
Gehen / Transfer / Treppen		
Waschen / Körperpflege		
Duschen / Baden		
An- und Auskleiden		
Essen vorbereiten / anreichen		
Trinken anbieten / erinnern		
Inkontinenzversorgung		
Medikamente richten / Einnahme überwachen		
Behandlungspflege, z. B. Blutdruck, Insulin, Verband		
Orientierung / Gedächtnis / Kommunikation		
Verhalten / Psyche, z. B. Unruhe, Angst, Abwehr		
Tagesstruktur / Beschäftigung / soziale Kontakte		

Hilfeformen

Uhrzeit	Anlass	Welche Hilfe war notwendig?	Bemerkungen
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		

Tageszusammenfassung / besondere Vorkommnisse

Tagesbewertung	☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht ☐ sehr schlecht	Nächtliche Hilfe	☐ ja ☐ ja, Anzahl
Besondere Ereignisse	.....	Unterschrift / Kürzel	.....

Tagesblatt 10 – Pflegetagebuch

Datum		Wochentag	
Dokumentierende Person		Allgemeiner Zustand	☐ gut ☐ wechselhaft ☐ schlecht ☐ sehr schlecht
Auffälligkeiten	☐ Schmerzen ☐ Sturz ☐ Verwirrtheit ☐ Unruhe	Weitere	☐ Pflegeabwehr ☐ Inkontinenz ☐ Schlafprobleme
Erschwerte Bedingungen	☐ starke Schmerzen ☐ Angst/Unruhe ☐ Pflegeabwehr/fehlende Einsicht ☐ Sturz-/Rutschgefahr ☐ eingeschränkte Beweglichkeit ☐ Erschöpfung ☐ Kommunikationsprobleme ☐ Sonstiges:		
Besondere krankheitsbedingte Faktoren	☐ Schluckstörung ☐ Atemnot ☐ auffälliges Körpergewicht ☐ Wunden/Dekubitus ☐ Tremor ☐ Spastik/Kontrakturen ☐ Seh-/Hörprobleme ☐ Krampfanfälle ☐ Sonstiges:		

Bitte konkrete Beispiele eintragen: Welche Tätigkeit war nicht selbstständig möglich? Welcher Hilfebedarf bestand? Welche erschwerten Bedingungen oder krankheitsbedingten Faktoren lagen vor?

Tätigkeit	Hilfebedarf	Anmerkungen
Aufstehen / Hinlegen		
Umlagern / Positionswechsel		
Gehen / Transfer / Treppen		
Waschen / Körperpflege		
Duschen / Baden		
An- und Auskleiden		
Essen vorbereiten / anreichen		
Trinken anbieten / erinnern		
Inkontinenzversorgung		
Medikamente richten / Einnahme überwachen		
Behandlungspflege, z. B. Blutdruck, Insulin, Verband		
Orientierung / Gedächtnis / Kommunikation		
Verhalten / Psyche, z. B. Unruhe, Angst, Abwehr		
Tagesstruktur / Beschäftigung / soziale Kontakte		

Hilfeformen

Uhrzeit	Anlass	Welche Hilfe war notwendig?	Bemerkungen
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		

Tageszusammenfassung / besondere Vorkommnisse

Tagesbewertung	☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht ☐ sehr schlecht	Nächtliche Hilfe	☐ ja ☐ ja, Anzahl
Besondere Ereignisse	.....	Unterschrift / Kürzel	.....

Tagesblatt 11 – Pflegetagebuch

Datum		Wochentag	
Dokumentierende Person		Allgemeiner Zustand	☐ gut ☐ wechselhaft ☐ schlecht ☐ sehr schlecht
Auffälligkeiten	☐ Schmerzen ☐ Sturz ☐ Verwirrtheit ☐ Unruhe	Weitere	☐ Pflegeabwehr ☐ Inkontinenz ☐ Schlafprobleme
Erschwerte Bedingungen	☐ starke Schmerzen ☐ Angst/Unruhe ☐ Pflegeabwehr/fehlende Einsicht ☐ Sturz-/Rutschgefahr ☐ eingeschränkte Beweglichkeit ☐ Erschöpfung ☐ Kommunikationsprobleme ☐ Sonstiges:		
Besondere krankheitsbedingte Faktoren	☐ Schluckstörung ☐ Atemnot ☐ auffälliges Körpergewicht ☐ Wunden/Dekubitus ☐ Tremor ☐ Spastik/Kontrakturen ☐ Seh-/Hörprobleme ☐ Krampfanfälle ☐ Sonstiges:		

Bitte konkrete Beispiele eintragen: Welche Tätigkeit war nicht selbstständig möglich? Welcher Hilfebedarf bestand? Welche erschwerten Bedingungen oder krankheitsbedingten Faktoren lagen vor?

Tätigkeit	Hilfebedarf	Anmerkungen
Aufstehen / Hinlegen		
Umlagern / Positionswechsel		
Gehen / Transfer / Treppen		
Waschen / Körperpflege		
Duschen / Baden		
An- und Auskleiden		
Essen vorbereiten / anreichen		
Trinken anbieten / erinnern		
Inkontinenzversorgung		
Medikamente richten / Einnahme überwachen		
Behandlungspflege, z. B. Blutdruck, Insulin, Verband		
Orientierung / Gedächtnis / Kommunikation		
Verhalten / Psyche, z. B. Unruhe, Angst, Abwehr		
Tagesstruktur / Beschäftigung / soziale Kontakte		

Hilfeformen

Uhrzeit	Anlass	Welche Hilfe war notwendig?	Bemerkungen
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		

Tageszusammenfassung / besondere Vorkommnisse

Tagesbewertung	☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht ☐ sehr schlecht	Nächtliche Hilfe	☐ ja ☐ ja, Anzahl
Besondere Ereignisse	.....	Unterschrift / Kürzel	.....

Tagesblatt 12 – Pflegetagebuch

Datum		Wochentag	
Dokumentierende Person		Allgemeiner Zustand	☐ gut ☐ wechselhaft ☐ schlecht ☐ sehr schlecht
Auffälligkeiten	☐ Schmerzen ☐ Sturz ☐ Verwirrtheit ☐ Unruhe	Weitere	☐ Pflegeabwehr ☐ Inkontinenz ☐ Schlafprobleme
Erschwerte Bedingungen	☐ starke Schmerzen ☐ Angst/Unruhe ☐ Pflegeabwehr/fehlende Einsicht ☐ Sturz-/Rutschgefahr ☐ eingeschränkte Beweglichkeit ☐ Erschöpfung ☐ Kommunikationsprobleme ☐ Sonstiges:		
Besondere krankheitsbedingte Faktoren	☐ Schluckstörung ☐ Atemnot ☐ auffälliges Körpergewicht ☐ Wunden/Dekubitus ☐ Tremor ☐ Spastik/Kontrakturen ☐ Seh-/Hörprobleme ☐ Krampfanfälle ☐ Sonstiges:		

Bitte konkrete Beispiele eintragen: Welche Tätigkeit war nicht selbstständig möglich? Welcher Hilfebedarf bestand? Welche erschwerten Bedingungen oder krankheitsbedingten Faktoren lagen vor?

Tätigkeit	Hilfebedarf	Anmerkungen
Aufstehen / Hinlegen		
Umlagern / Positionswechsel		
Gehen / Transfer / Treppen		
Waschen / Körperpflege		
Duschen / Baden		
An- und Auskleiden		
Essen vorbereiten / anreichen		
Trinken anbieten / erinnern		
Inkontinenzversorgung		
Medikamente richten / Einnahme überwachen		
Behandlungspflege, z. B. Blutdruck, Insulin, Verband		
Orientierung / Gedächtnis / Kommunikation		
Verhalten / Psyche, z. B. Unruhe, Angst, Abwehr		
Tagesstruktur / Beschäftigung / soziale Kontakte		

Hilfeformen

Uhrzeit	Anlass	Welche Hilfe war notwendig?	Bemerkungen
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		

Tageszusammenfassung / besondere Vorkommnisse

Tagesbewertung	☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht ☐ sehr schlecht	Nächtliche Hilfe	☐ ja ☐ ja, Anzahl
Besondere Ereignisse	.....	Unterschrift / Kürzel	.....

Tagesblatt 13 – Pflegetagebuch

Datum		Wochentag	
Dokumentierende Person		Allgemeiner Zustand	☐ gut ☐ wechselhaft ☐ schlecht ☐ sehr schlecht
Auffälligkeiten	☐ Schmerzen ☐ Sturz ☐ Verwirrtheit ☐ Unruhe	Weitere	☐ Pflegeabwehr ☐ Inkontinenz ☐ Schlafprobleme
Erschwerte Bedingungen	☐ starke Schmerzen ☐ Angst/Unruhe ☐ Pflegeabwehr/fehlende Einsicht ☐ Sturz-/Rutschgefahr ☐ eingeschränkte Beweglichkeit ☐ Erschöpfung ☐ Kommunikationsprobleme ☐ Sonstiges:		
Besondere krankheitsbedingte Faktoren	☐ Schluckstörung ☐ Atemnot ☐ auffälliges Körpergewicht ☐ Wunden/Dekubitus ☐ Tremor ☐ Spastik/Kontrakturen ☐ Seh-/Hörprobleme ☐ Krampfanfälle ☐ Sonstiges:		

Bitte konkrete Beispiele eintragen: Welche Tätigkeit war nicht selbstständig möglich? Welcher Hilfebedarf bestand? Welche erschwerten Bedingungen oder krankheitsbedingten Faktoren lagen vor?

Tätigkeit	Hilfebedarf	Anmerkungen
Aufstehen / Hinlegen		
Umlagern / Positionswechsel		
Gehen / Transfer / Treppen		
Waschen / Körperpflege		
Duschen / Baden		
An- und Auskleiden		
Essen vorbereiten / anreichen		
Trinken anbieten / erinnern		
Inkontinenzversorgung		
Medikamente richten / Einnahme überwachen		
Behandlungspflege, z. B. Blutdruck, Insulin, Verband		
Orientierung / Gedächtnis / Kommunikation		
Verhalten / Psyche, z. B. Unruhe, Angst, Abwehr		
Tagesstruktur / Beschäftigung / soziale Kontakte		

Hilfeformen

Uhrzeit	Anlass	Welche Hilfe war notwendig?	Bemerkungen
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		

Tageszusammenfassung / besondere Vorkommnisse

Tagesbewertung	☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht ☐ sehr schlecht	Nächtliche Hilfe	☐ ja ☐ ja, Anzahl
Besondere Ereignisse	.....	Unterschrift / Kürzel	.....

Tagesblatt 14 – Pflegetagebuch

Datum		Wochentag	
Dokumentierende Person		Allgemeiner Zustand	☐ gut ☐ wechselhaft ☐ schlecht ☐ sehr schlecht
Auffälligkeiten	☐ Schmerzen ☐ Sturz ☐ Verwirrtheit ☐ Unruhe	Weitere	☐ Pflegeabwehr ☐ Inkontinenz ☐ Schlafprobleme
Erschwerte Bedingungen	☐ starke Schmerzen ☐ Angst/Unruhe ☐ Pflegeabwehr/fehlende Einsicht ☐ Sturz-/Rutschgefahr ☐ eingeschränkte Beweglichkeit ☐ Erschöpfung ☐ Kommunikationsprobleme ☐ Sonstiges:		
Besondere krankheitsbedingte Faktoren	☐ Schluckstörung ☐ Atemnot ☐ auffälliges Körpergewicht ☐ Wunden/Dekubitus ☐ Tremor ☐ Spastik/Kontrakturen ☐ Seh-/Hörprobleme ☐ Krampfanfälle ☐ Sonstiges:		

Bitte konkrete Beispiele eintragen: Welche Tätigkeit war nicht selbstständig möglich? Welcher Hilfebedarf bestand? Welche erschwerten Bedingungen oder krankheitsbedingten Faktoren lagen vor?

Tätigkeit	Hilfebedarf	Anmerkungen
Aufstehen / Hinlegen		
Umlagern / Positionswechsel		
Gehen / Transfer / Treppen		
Waschen / Körperpflege		
Duschen / Baden		
An- und Auskleiden		
Essen vorbereiten / anreichen		
Trinken anbieten / erinnern		
Inkontinenzversorgung		
Medikamente richten / Einnahme überwachen		
Behandlungspflege, z. B. Blutdruck, Insulin, Verband		
Orientierung / Gedächtnis / Kommunikation		
Verhalten / Psyche, z. B. Unruhe, Angst, Abwehr		
Tagesstruktur / Beschäftigung / soziale Kontakte		

Hilfeformen

Uhrzeit	Anlass	Welche Hilfe war notwendig?	Bemerkungen
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		
	☐ Toilette ☐ Inkontinenz ☐ Umlagern ☐ Unruhe ☐ Schmerzen		

Tageszusammenfassung / besondere Vorkommnisse

Tagesbewertung	☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht ☐ sehr schlecht	Nächtliche Hilfe	☐ ja ☐ ja, Anzahl
Besondere Ereignisse	.....	Unterschrift / Kürzel	.....

Zusammenfassung für die MD-Begutachtung

Diese Seite fasst die wichtigsten Beobachtungen aus dem Pflegetagebuch zusammen. Sie hilft, den regelmäßigen Hilfebedarf im Begutachtungsgespräch konkret zu erläutern.

Bereich	Wie oft?	Typische Hilfeform	Konkrete Beispiele / Bemerkungen
Mobilität / Transfer / Sturzgefahr			
Körperpflege / Duschen / Baden			
An- und Auskleiden			
Essen und Trinken			
Toilettengang / Inkontinenz			
Medikamente / Behandlungspflege			
Orientierung / Gedächtnis			
Verhalten / psychische Problemlagen			
Nächtliche Hilfe			
Tagesstruktur / Beschäftigung			
Arzttermine / Therapien / Begleitung			
Erschwerte Bedingungen			
Besondere krankheitsbedingte Faktoren			

Wichtige Zusatzinformationen

Gibt es gute und schlechte Tage?	
Welche Risiken bestehen im Alltag?	
Welche Hilfe wird regelmäßig nachts benötigt?	
Welche Tätigkeiten werden häufig überschätzt oder beschönigt?	
Weitere wichtige Hinweise für die Begutachtung	