



## Kapitel I

### Allgemeine Hinweise und gesetzliche Grundlagen

#### 8. Selbstbewertung und Fremdbewertung

Muster: Checkliste zur Selbstbewertung der Prozess- und Ergebnisqualität (Checkliste II)

### 8.2 Muster: Checkliste Selbstbewertung Prozess- und Ergebnisqualität

Behandlungspflege in der Tagespflege	Ja	Nein	Maßnahme/Bemerkung
Wenn es im Rahmen der pflegerischen Tätigkeiten zur Behandlung von vorliegenden Wunden kommt, entsprechen die verwendeten Materialien den ärztlichen Anordnungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung von chronischen Wunden auf dem aktuellen Stand des Wissens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Werden die durchgeführten Behandlungsmaßnahmen ausgewertet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wird in dem Zusammenhang ggf. Rücksprache mit Angehörigen oder dem Arzt genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Mobilität in der Tagespflege	Ja	Nein	Maßnahme/Bemerkung
Wird das individuelle Sturzrisiko des Gastes erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Werden bei Gästen mit einem erhöhten Sturzrisiko vorbeugende Maßnahmen ergriffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wird das individuelle Dekubitusrisiko des Gastes erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ernährung und Flüssigkeitsversorgung	Ja	Nein	Maßnahme/Bemerkung
Werden bei den Gästen individuelle Ernährungsprobleme und Ressourcen erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Werden individuelle Probleme und Ressourcen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Werden vorbeugende Maßnahmen ergriffen, sofern ein Defizit in der Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung vorliegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wird bei Auffälligkeiten das Gewicht kontrolliert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wird bei Auffälligkeiten Rücksprache mit Angehörigen oder dem Arzt genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Freigabe	Bearbeiter	Datum	Änderungsstand	Seite
bad		Jahr-Monat-Tag	0	1

Verteiler:



**Kapitel I**  
Allgemeine Hinweise und  
gesetzliche Grundlagen

**8. Selbstbewertung und Fremdbewertung**  
Muster: Checkliste zur Selbstbewertung  
der Prozess- und Ergebnisqualität  
(Checkliste II)

<b>Kontinenzversorgung in der Tagespflege</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Maßnahme/Bemerkung</b>
Werden bei Gästen mit Inkontinenz die Risiken und Ressourcen erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Werden bei Gästen mit Blasenkatheter die Risiken und Ressourcen erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Werden bei Gästen mit Inkontinenzproblemen die notwendigen Maßnahmen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>Eingeschränkte Alltagskompetenz</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Maßnahme/Bemerkung</b>
Wird die pflegerelevante Biografie der Gäste berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wird die Selbstbestimmung bei den Gästen mit eingeschränkter Alltagskompetenz gewahrt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wird der Status Quo der Gäste mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz beobachtet und dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Werden aus diesen Beobachtungen Veränderungs- oder Verbesserungsmöglichkeiten abgeleitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Werden für Gäste mit eingeschränkten Alltagskompetenzen geeignete Beschäftigungsangebote angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>Körperpflege</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Maßnahme/Bemerkung</b>
Wird die Körperpflege im Rahmen der Möglichkeiten der Tagespflege angemessen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist ausreichend Wäsche zum Wechseln vorhanden (sofern erforderlich)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Hinweis:** Diese Checkliste ist eine Mustercheckliste und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie kann bei Bedarf entsprechend gekürzt oder ergänzt werden.

Freigabe bad	Bearbeiter	Datum Jahr-Monat-Tag	Änderungsstand 0	Seite 2
Verteiler:				