

Pflegeschule Rauenstein

**Praxisbegleitung in den Pflichteinsätzen SAP, SLP, AMB
Klasse 3BFP1 + 3BFP2**

Schriftliche Ausarbeitung zur Praxisbegleitung im Pflichteinsatz

Stationäre Langzeitpflege (SLP)

ODER

Ambulante Akut- und Langzeitpflege (AMB9)

ODER

Stationäre Akutpflege (SAP)

Name der/des Auszubildenden

Name der Praxiseinrichtung

Name der zuständigen Praxisanleitung

Datum der Praxisbegleitung

1. Stammdaten und Kurzbiographie

Stammdaten

→Auflistung relevanter Stammdaten, z.B.:

Name:	Frau/Herr ... (<i>anonymisiert</i>)
Geburtsdatum/Alter:	... (TT.MM.JJJJ, ... Jahre alt)
Geburtsort:	...
Konfession:	... (z.B. katholisch, evangelisch, konfessionslos)
Familienstand:	... (z.B. ledig, verheiratet, verwitwet)
Kinder/nahe Angehörige:	... (z.B. Kind/er, Enkelkind/er, Freund/e, Geschwister) ...
Pflege/Versorgung seit:	(Datum des Versorgungsbeginns – z.B. Aufnahme in Krankenhaus, Einzug in Pflegeeinrichtung, Versorgungsbeginn durch ambulanten Pflegedienst)
Pflegegrad:	... (sofern vorhanden, sonst „keiner“ eintragen)

Kurzbiografie

→ kurze Darstellung des biografischen Werdegangs bis zur heutigen Lebens- und Versorgungssituation als Fließtext, beispielsweise:

Frau/Herr ... (*anonymisiert*) ist am ... in ... zur Welt gekommen. Sie/er wuchs ohne/mit ... Geschwister/n auf. Sie/er ging in ... (*Ort*) zur Schule und absolvierte die Schule mit dem ... (*Schulabschluss*). Anschließend begann sie/er mit einer Berufsausbildung/Studium zur/zum ... (*Berufsbezeichnung*) . Beruflich war Frau/Herr ... (*anonymisiert*) bis zur Rente/Pension als ... (*Beruf*) tätig.

Ihre/seine große Leidenschaft war das ... (*Hobbies*). Heute beschäftigt sie/er sich mit ... (*tägliche Beschäftigung*) und freut sich an/über ... (*individuelle Vorlieben im Alltag*).

Sie/er wird regelmäßig von ... (z.B ihren/seinen Kindern) besucht bzw. pflegt Kontakt zu ... (*soziale Kontakte – z. B. Familie, Freunde, Nachbarn, Arbeits- oder Vereinskollegen*).

Sie/er lebt in ... (*aktuelle Wohnsituation – z.B. zu Hause in Wohnung/Haus, betreutes Wohnen oder Pflegeeinrichtung*).

Seit ... wir Frau/Herr ... (*anonymisiert*) (akut-)pflegerisch im/vom ... (*Einrichtung/Betrieb – Krankenhaus, Pflegeeinrichtung, ambulanter Pflegedienst*) versorgt.

2. Pflegerelevante Diagnosen

→Auflistung pflegerelevanter Diagnosen mit Übersetzung/kurzer Beschreibung (wer möchte, kann jeweils zusätzlich die individuellen Auswirkungen beschreiben) – z.B.:

- **Arterielle Hypertonie**

Anhaltend erhöhter (Blut-)Druck im arteriellen System.

Individuelle Auswirkungen (freiwilliger Zusatz): Bei Frau/Herr ... (anonymisiert) wird regelmäßig der Blutdruck kontrolliert und sie/er ist medikamentös gut eingestellt – die täglich/wöchentlich/monatlich ermittelten Blutdruckwerte befinden sich im Normbereich.

- **Diagnose 2**

...

- **Diagnose 3**

...

- ...

...

3. Informationssammlung/Pflegebedarfserfassung

→ Die Informationssammlung/Pflegebedarfserfassung kann entweder anhand der 13 ABEDL oder der strukturierten Informationssammlung (SIS) nach dem Strukturmodell erfolgen.

Strukturierte Informationssammlung nach dem Strukturmodell:

Was bewegt Sie im Augenblick? Was können wir für Sie tun?
...
Themenfeld 1 – kognitive und kommunikative Fähigkeiten
...
Themenfeld 2 – Mobilität und Beweglichkeit
...
Themenfeld 3 – krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen
...
Themenfeld 4 – Selbstversorgung
...
Themenfeld 5 – Leben in sozialen Beziehungen
...
Themenfeld 6 – Haushaltsführung bzw. Wohnen und Häuslichkeit
...

[illegible]

Ausführliche Informationssammlung nach den 13 ABEDL:

ABEDL 1 – Kommunizieren können
...
ABEDL 2 – Sich bewegen können
...
ABEDL 3 – Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten können
...
ABEDL 4 – Sich pflegen können
...
ABEDL 5 – Essen und trinken können
...
ABEDL 6 – Ausscheiden können
...
ABEDL 7 – Sich kleiden können
...
ABEDL 8 – Ruhen, schlafen und sich entspannen können
...
ABEDL 9 – Sich beschäftigen, lernen und sich entwickeln können
...
ABEDL 10 – Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten können
...
ABEDL 11 – Für eine sichere/fördernde Umgebung sorgen können
...
ABEDL 12 – Soziale Bereiche des Lebens sichern können
...
ABEDL 13 – Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können
...

4. Pflegeplanung

→ Die Pflegeplanung wird (möglichst nach den bekannten Formulierungshilfen) zu jeweils einem Problem aus den Bereichen „Mobilität“ und „Selbstversorgung“ formuliert.

Mobilität		
Problem (nach PESR)	Ziel (nach SMART)	Maßnahmen (nach W-Fragen)

Selbstversorgung		
Problem (nach PESR)	Ziel (nach SMART)	Maßnahmen (nach W-Fragen)

5. Ablauf der geplanten Pflegeleistungen

→ Hier führen Sie die Reihenfolge der geplanten Pflegeleistungen/Maßnahmen mit Angabe der Uhrzeit/des Zeitfensters auf – z.B.:

... – ... Uhr	Übergabe an Lehrkraft (ca. 10 Min.)
Ca. ... Min.	Anfahrt (Büro/Stützpunkt → Pflegeempfänger)
... – ... Uhr	Begrüßung, Vorstellung & Info zu geplanten Tätigkeiten
... – ... Uhr	Blutdruck- und Pulskontrolle (ggfs. weitere Vitalwerte)
... – ... Uhr	Basal-stimulierende (z. B. belebende/beruhigende) Unterkörperpflege im Bett mit Kontrakturenprophylaxe (aktive/passive/assistive Bewegungsübungen großer und kleiner Gelenke) und Dekubitusprophylaxe (Beobachtung und Pflege der Haut – bei Bed. mit Fingertest)
... – ... Uhr	Zur Thromboseprophylaxe: Anziehen medizinischer Kompressionsstrümpfe/Kompressionsverband anlegen (re./li./bds. Unterschenkel/ganzes Bein) und Ankleiden des Unterkörpers
... – ... Uhr	Transfer in den Rollstuhl/Aufstehen und Gehen am Rollator/sonst. Hilfsmittel) in Begleitung sowie Beachtung sturzprophylaktischer Maßnahmen – Angebot: Toilettengang (ggfs. Unterstützung bei der Ausscheidung)
... – ... Uhr	Mund-/Zahn-/Prothesenpflege (Mundinspektion, Soor-/Parotitisprophylaxe) am Waschbecken ggfs. mit Nass-/Trockenrasur sowie basal-stimulierende (z.B. belebende/beruhigende) Oberkörperpflege (mit Intertrigoprophyllaxe) mit Hautbeobachtung und -pflege; Atemübungen/Maßnahmen zur Pneumonieprophylaxe; Ankleiden des Oberkörpers
... – ... Uhr	Begleitung zurück/in den Speisesaal und Frühstück vorbereiten (Aspirationsprophylaxe) und Verabschiedung
... – ... Uhr	Nachbereitung und abschließende Dokumentation
Ca. ... Min.	Rückfahrt (Pflegeempfänger → Büro/Stützpunkt)
Ab ... Uhr	Reflexion

→ Sonstige verordnete Behandlungspflege (z.B. Entero-/Urostomaversorgung; Umgang mit Ernährungssonden und ableitenden Systemen; Wundversorgung; BZ-Kontrolle; Urin- und Stuhluntersuchungen; Umgang mit sowie Richten und Verabreichen von Medikamenten) an entsprechender Stelle integrieren!

→ Bei Bedarf Beratung/Schulung/Anleitung im Ablauf einplanen!

6. Literatur und Quellenangaben

→ Hier wird nachgewiesen, auf welche Informationsquellen Sie zugegriffen haben bzw. woher Sie Ihre Informationen haben – z.B.:

- Behandlungsunterlagen (Mappe, Akte, Dokumentationssystem)
- Gespräch mit Pat./Bew. und/oder Angehörigen
- Gespräch mit Kolleginnen und Kollegen
- Unterrichtsmaterialien
- Buchquelle (Buchtitel – z.B. „Pflege Heute“ angeben)
- Internetquellen (Link/URL angeben)
- Bildquellen (falls Bilder verwendet wurden)

7. Eigenständigkeitserklärung und Unterschrift

→ Hiermit erklären Sie, dass Sie die Ausarbeitung ohne fremde Hilfe verfasst haben und nur auf die Hilfsmittel (Quellen) aus Kapitel 5 zurückgegriffen haben.

Dieser Bericht wurde von mir eigenständig verfasst. Es wurden keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwendet.

Ort, Datum

Unterschrift