

Bewohner: _____ Datum: _____

Warum erscheint eine Freiheitsentziehende Maßnahme notwendig?

.....

.....

.....

Alternative Maßnahmen Bewohner:

Sind Mobilitätshilfen notwendig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Sind Elektronische Hilfsmittel erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Sind alternative Mobilisierungsformen denkbar? (Sitzsack, Matratze?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
verstellbarer Multifunktionsstuhl?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Akzeptiert der Bewohner Hüftprotektoren?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Kommen Anti-Rutschsocken zum Einsatz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Benötigt der Bewohner Hilfestellungen im Sitzen? (Sitzpolster Sessel mit tieferer Sitzebene?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Ist die Inkontinenzversorgung individuell angepasst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Hat der Bewohner Schmerzen? Ist er ausreichend mit Schmerzmitteln versorgt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Reagiert der Bewohner auf Validation?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Ist der Bewohner im Wohnbereich bzw. einer Kleingruppe integriert? (Ansprechpartner, Wohngruppe mit Wiedererkennungswert)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Erhält der Bewohner Angebote zur Bewegung und Kräftigung? (Spazierengehen, Gymnastik, Kraft-, Balanceübungen etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Hat der Bewohner eine vertraute und sichere Umgebung? (z.B. Zimmer mit persönlich bedeutsamen Gegenständen?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Gibt es für den Bewohner Angebote in den Nachmittags- und Abendstunden? (z.B. Spieleabende, Besuchsdienst, Einzelbetreuung?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Benötigt der Bewohner Orientierungshilfen? (Beschilderung im Haus/in der Wohngruppe?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Sind Rituale des Bewohners bekannt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Reagiert der Bewohner auf basale Stimulation und Aromapflege?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.

Alternative Maßnahmen auf psychosozialer Ebene

Hat der Bewohner einen geregelten Tagesablauf?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Kann der Bewohner in Alltagsaktivitäten eingebunden werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Ist die Kommunikation dem Bewohner individuell angepasst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Werden alle Verhaltensweisen des Bewohners akzeptiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Werden die vorhandene Fähig- und Fertigkeiten des Bewohners akzeptiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.

Alternative Maßnahmen auf pflegerischer und organisatorischer Ebene:

Ist die Arbeitsorganisation zur Versorgung des Bewohners seinen Bedürfnissen angepasst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Hat der Bewohner eine konstante Bezugsperson? (Pflege, Betreuung?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Sind Angehörige in die Pflege und Betreuung einbezogen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Gibt es freiwillige Helfer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Erfolgt eine kontinuierliche Biografiearbeit ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Ist der Bewohner optimal mit Medikamenten eingestellt ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.

Alternative Maßnahmen auf baulicher/ausstattungsstechnischer Ebene:

Direkte Alternativen vorhanden? (Niederflurbett, Sensormatten, Antirutschmatten auf der Sitzfläche, Fäustlinge oder Pflegebody?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Ausreichende Beleuchtung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Sitzhöhenanpassungen notwendig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Geteilte Bettseitenteile vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Müssen ggf. Hindernisse und Stolperfallen beseitigt werden? (Tepichbrücken, rutschende Vorlagen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.

Fallbesprechung durchgeführt am: _____

Unterschrift Pflegefachkraft: _____

Zur Kenntnis genommen PDL: _____

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.0	September 2025	Seite 2 von 2