

Bewohner/in. _____ Datum: _____

Kriterium: Räumlichkeiten

Besteht die Möglichkeit den Bewohner in einer kleinen Gruppe (max. 10 Bewohner) zu betreuen z.B. zu den Mahlzeiten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Ist die Gestaltung der Räumlichkeiten, in denen sich der Bewohner aufhält optimal (Stichwort: Wohnlichkeit, Zuhause-Gefühl, Milieuthherapie)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Ist in dem Umfeld, in dem sich der Bewohner aufhält folgendes möglich: Kein grelles Licht, kein Lärm, für den Bewohner passendes und seiner Kompetenz entsprechendes Umfeld zur Beschäftigung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.

Kriterium: Medizinische Versorgung

Ist der Arzt über die Ausprägung und die Häufigkeit des Auftretens der Verhaltensauffälligkeit nachweislich informiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Ist eine medizinische Diagnostik zur Abklärung und Einordnung der Symptomatik vorgenommen worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Ist die Verhaltensauffälligkeit medikamentös behandelbar zu Linderung der Symptome und / oder zur Behandlung der Ursache?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Ist ein Facharzt zur Diagnostik und Behandlung hinzugezogen worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.

Kriterium: verstehende Diagnostik

Hat eine Fallbesprechung im Pflorgeteam / ggf. interdisziplinär zur Beschreibung der Verhaltensauffälligkeit und zur Ursachenforschung stattgefunden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
---	---

Kriterium: pflegerische Intervention

Sind validierende Methoden im Einsatz („Mitmachen“ / „Mitgehen“)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Sind Maßnahmen zur Erinnerungspflege zur Steigerung des Selbstwertgefühls des Bewohners im Einsatz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Sind Maßnahmen zur Bewegungsförderung ergriffen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Sind Maßnahmen zur Krisenintervention erforderlich und ggf. vorzubereiten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Ist eine Leitungskraft zur sicheren Planung, Steuerung und Evaluation des betreffenden Pflegeprozesses involviert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.

Kriterium: Soziale Betreuung

Erhält der Bewohner ein Angebot für tagesstrukturierende Maßnahmen, die seinen Fertigkeiten und Kompetenzen entsprechen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Ist der Bewohner seinen Interessen entsprechend beschäftigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.

Unterschrift: _____

Hinweis: Die Ableitung der notwendigen Pflegemaßnahmen erfolgt im Rahmen einer Fallbesprechung oder Evaluation der Maßnahmenplanung Themenfeld 1 und/oder 3

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.0	September 2025	Seite 1 von 1