


Bewohner/in: \_\_\_\_\_ Wohnbereich: \_\_\_\_\_ Zimmernummer.: \_\_\_\_\_

Absaugart: 1 = oral    2 = nasal    3 = endotracheal (Bitte entsprechende Ziffer in der Spalte Absaugart eintragen)

Datum	Uhrzeit	Absaugart	Häufigkeit	Menge*	ggf. Beimengungen (z. B. Blut)	Farbe	Konsistenz	Reaktionen des Bewohners (z. B. Zyanosezeichen, Hustenreiz)	Hdz.

\*Menge bitte wie folgt angeben: w = wenig, r = reichlich, m = massiv, sonstiges Angaben bitte direkt eintragen

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.0	September 2025	Seite 1 von 2

<div><div>Evangelische Altenhilfe Ludwigshafen am Rhein</div><div>gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH</div><div></div><div>... sicher und geborgen</div></div>	<h1>Handbuch Qualitätsmanagement</h1>		Kap. D.1.4.2
	Absaugprotokoll		

Datum	Uhrzeit	Absaug- art	Häufigkeit	Menge*	Ggf. Beimengungen (z. B. Blut)	Farbe	Konsistenz	Reaktionen des Bewohners (z. B. Zyanosezeichen, Hustenreiz)	Hdz.

\*Menge bitte wie folgt angeben: w = wenig, r = reichlich, m = massiv, sonstiges Angaben bitte direkt eintragen

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