

Stand: 03.04.2020

Dokumentationsbögen

Spezifikation V01.4

MUSTER - nicht zur Dokumentation zu verwenden

Inhaltsverzeichnis

Angaben zur Vollzähligkeitsanalyse.....	3
Qualitätssicherungsdaten zu Bewohnern und Bewohnerinnen.....	4
Angabe eines Ausschlussgrundes - Minimaldatensatz (MDS).....	18
Kommentierung der Indikatorergebnisse.....	20

Angaben zur Vollzähligkeitsanalyse

Angaben zur Vollzähligkeitsanalyse		
1	<p>Belegungskapazität</p> <p><i>BELEGUNGSKAPAZITAET</i></p> <p>Zahl (maximale Länge: 3)</p> <p>Minimum: 1</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Plätze/Betten</p>
2	<p>Belegungszahl am Stichtag</p> <p><i>BELEGUNGAMSTICHTAG</i></p> <p>Zahl (maximale Länge: 3)</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Bewohner und Bewohnerinnen</p>

9	Ist es bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung zu einem Apoplex gekommen? <i>APOPLEX</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = nein 1 = ja
<i>wenn Feld 9 = 1</i>		
10	Datum des Apoplex <i>APOPLEXDATUM</i> Datum im Format: JJJJ-MM-TT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
11	Ist es bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung zu einer Fraktur gekommen? <i>FRAKTUR</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = nein 1 = ja
<i>wenn Feld 11 = 1</i>		
12	Datum der Fraktur <i>FRAKTURDATUM</i> Datum im Format: JJJJ-MM-TT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
13	Ist es bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung zu einem Herzinfarkt gekommen? <i>HERZINFARKT</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = nein 1 = ja
<i>wenn Feld 13 = 1</i>		
14	Datum des Herzinfarkts <i>HERZINFARKTDATUM</i> Datum im Format: JJJJ-MM-TT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
15	Ist es bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung zu einer Amputation gekommen? <i>AMPUTATION</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = nein 1 = ja
<i>wenn Feld 15 = 1</i>		
16	Datum der Amputation <i>AMPUTATIONDATUM</i> Datum im Format: JJJJ-MM-TT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
Krankenhausbehandlung		
17	Wurde der Bewohner bzw. die Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung in einem Krankenhaus behandelt? <i>KHBEHANDLUNG</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = nein 1 = ja, einmal 2 = ja, mehrmals

<i>wenn Feld 17 = 1 oder 2</i>		
18	Datum: Beginn des Krankenhausaufenthalts (bei mehreren Aufenthalten bitte den Aufenthalt mit der längsten Dauer wählen) <i>KHBEGINNDATUM</i> Datum im Format: JJJJ-MM-TT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
<i>wenn Feld 17 = 1 oder 2</i>		
19	Datum: Ende des Krankenhausaufenthalts (bei mehreren Aufenthalten bitte den Aufenthalt mit der längsten Dauer wählen) <i>KHENDEDATUM</i> Datum im Format: JJJJ-MM-TT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
<i>wenn Feld 17 = 2</i>		
20	Anzahl der Krankenhausaufenthalte seit der letzten Ergebniserfassung (nur bei mehreren Krankenhausaufenthalten) <i>KHBANZAHLAUFENTHALTE</i> Zahl (maximale Länge: 2) Minimum: 2 Maximum: 10	<input type="text"/> <input type="text"/>
<i>wenn Feld 17 = 2</i>		
21	Gesamtzahl der Tage, die der Bewohner bzw. die Bewohnerin bei diesen Aufenthalten im Krankenhaus verbracht hat (nur bei mehreren Krankenhausaufenthalten) <i>KHBANZAHLTAGE</i> Zahl (maximale Länge: 3) Minimum: 2 Maximum: 200	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tage
22	Wird der Bewohner bzw. die Bewohnerin beatmet? <i>BEATMUNG</i>	<input type="text"/> Schlüssel 0 = nein 1 = ja, invasive Beatmung 2 = ja, aber nicht invasiv
23	Bewusstseinszustand des Bewohners bzw. der Bewohnerin <i>BEWUSSTSEINSZUSTAND</i>	<input type="text"/> Schlüssel 1 = wach 2 = schläfrig 3 = somnolent 4 = komatös 5 = Wachkoma

24	Ärztliche Diagnosen für den Bewohner bzw. die Bewohnerin <i>DIAGNOSEN</i> Mehrfachangabe möglich	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 Schlüssel 0 = Keine der angegebenen 1 = Bösartige Tumorerkrankung 2 = Tetraplegie/Tetraparese 3 = Chorea Huntington 4 = Apallisches Syndrom 5 = Diabetes Mellitus 6 = Demenz 7 = Morbus Parkinson 8 = Osteoporose 9 = Multiple Sklerose
BI-Modul 1: Mobilität		
25	Positionswechsel im Bett <i>MOBILPOSWECHSEL</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
26	Halten einer stabilen Sitzposition <i>MOBILSITZPOSITION</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
27	Sich Umsetzen <i>MOBILUMSETZEN</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
28	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs <i>MOBILFORTBEWEGUNG</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
29	Treppensteigen <i>MOBILTREPPENSTEIGEN</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig

BI-Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten		
30	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld <i>KKFERKENNEN</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = vorhanden/unbeeinträchtigt 1 = größtenteils vorhanden 2 = in geringem Maße vorhanden 3 = nicht vorhanden
31	Örtliche Orientierung <i>KKFORIENTOERTLICH</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = vorhanden/unbeeinträchtigt 1 = größtenteils vorhanden 2 = in geringem Maße vorhanden 3 = nicht vorhanden
32	Zeitliche Orientierung <i>KKFORIENTZEITLICH</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = vorhanden/unbeeinträchtigt 1 = größtenteils vorhanden 2 = in geringem Maße vorhanden 3 = nicht vorhanden
33	Sich Erinnern <i>KKFERINNERN</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = vorhanden/unbeeinträchtigt 1 = größtenteils vorhanden 2 = in geringem Maße vorhanden 3 = nicht vorhanden
34	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen <i>KKFHANDLUNGEN</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = vorhanden/unbeeinträchtigt 1 = größtenteils vorhanden 2 = in geringem Maße vorhanden 3 = nicht vorhanden
35	Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben <i>KKFENTSCHEIDUNGEN</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = vorhanden/unbeeinträchtigt 1 = größtenteils vorhanden 2 = in geringem Maße vorhanden 3 = nicht vorhanden
36	Verstehen von Sachverhalten und Informationen <i>KKFVERSTEHENINFO</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = vorhanden/unbeeinträchtigt 1 = größtenteils vorhanden 2 = in geringem Maße vorhanden 3 = nicht vorhanden

37	Erkennen von Risiken und Gefahren <i>KKFGFAHRERKENNEN</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = vorhanden/unbeeinträchtigt 1 = größtenteils vorhanden 2 = in geringem Maße vorhanden 3 = nicht vorhanden
38	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen <i>KKFMITTEILEN</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = vorhanden/unbeeinträchtigt 1 = größtenteils vorhanden 2 = in geringem Maße vorhanden 3 = nicht vorhanden
39	Verstehen von Aufforderungen <i>KKFVERSTEHENAUF</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = vorhanden/unbeeinträchtigt 1 = größtenteils vorhanden 2 = in geringem Maße vorhanden 3 = nicht vorhanden
40	Beteiligung an einem Gespräch <i>KKFBETEILIGUNG</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = vorhanden/unbeeinträchtigt 1 = größtenteils vorhanden 2 = in geringem Maße vorhanden 3 = nicht vorhanden
BI-Modul 4: Selbstversorgung - Angaben zur Versorgung		
41	Erfolgt die Ernährung des Bewohners bzw. der Bewohnerin parenteral oder über eine Sonde? <i>SVERNAEHRUNG</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = nein 1 = ja
<i>wenn Feld 41 = 1</i>		
42	Erfolgt die Bedienung selbständig oder mit Fremdhilfe? <i>SVFREMDDHILFE</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = selbständig 1 = mit Fremdhilfe
<i>wenn Feld 42 = 1</i>		
43	In welchem Umfang erfolgt eine künstliche Ernährung? <i>SVERNAEHRUNGUMFANG</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = nicht täglich oder nicht dauerhaft 6 = täglich, aber zusätzlich zur oralen Ernährung 3 = ausschließlich oder nahezu ausschließlich künstliche Ernährung

44	Blasenkontrolle/Harnkontinenz <i>SVHARNKONTINENZ</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = ständig kontinent 1 = überwiegend kontinent. Maximal 1x täglich inkontinent oder Tröpfchen-/Stressinkontinenz 2 = überwiegend (mehrmals täglich) inkontinent, gesteuerte Blasenentleerung ist aber noch möglich 3 = komplett inkontinent, gesteuerte Blasenentleerung ist nicht möglich 4 = Bewohner bzw. Bewohnerin hat einen Dauerkatheter oder ein Urostoma
45	Darmkontrolle/Stuhlkontinenz <i>SVSTUHLKONTINENZ</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = ständig kontinent 1 = überwiegend kontinent, gelegentlich inkontinent 2 = überwiegend inkontinent, selten gesteuerte Darmentleerung 3 = komplett inkontinent, gesteuerte Darmentleerung ist nicht möglich 4 = Bewohner bzw. Bewohnerin hat ein Colo- oder Ileostoma
BI-Modul 4: Selbstversorgung - Bewertung		
46	Waschen des vorderen Oberkörpers <i>SVOBERKOERPER</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
47	Körperpflege im Bereich des Kopfes <i>SVKOPF</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
48	Waschen des Intimbereichs <i>SVINTIMBEREICH</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
49	Duschen oder Baden einschließlich Waschen der Haare <i>SVDUSCHENBADEN</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig

50	An- und Auskleiden des Oberkörpers <i>SVANAUSOBERKOERPER</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
51	An- und Auskleiden des Unterkörpers <i>SVANAUSUNTERKOERPER</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
52	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung, Eingießen von Getränken <i>SVNAHRUNGSZUBEREITEN</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
53	Essen <i>SVESSEN</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = selbständig 3 = überwiegend selbständig 6 = überwiegend unselbständig 9 = unselbständig
54	Trinken <i>SVTRINKEN</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = selbständig 2 = überwiegend selbständig 4 = überwiegend unselbständig 6 = unselbständig
55	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls <i>SVTOILETTE</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = selbständig 2 = überwiegend selbständig 4 = überwiegend unselbständig 6 = unselbständig
wenn Feld 44 = 2, 3 oder 4		
56	Bewältigung der Folgen einer Harninkontinenz (auch Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma) <i>SVHARNKONTINENZBEW</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig

wenn Feld 45 = 2, 3 oder 4		
57	<p>Bewältigung der Folgen einer Stuhlinkontinenz (auch Umgang mit Stoma)</p> <p><i>SVSTUHLKONTINENZBEW</i></p>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
BI-Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte		
58	<p>Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen</p> <p><i>GATAGESABLAUF</i></p>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
59	<p>Ruhen und Schlafen</p> <p><i>GARUHENSCHLAFEN</i></p>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
60	<p>Sich beschäftigen</p> <p><i>GABESCHAEFTIGEN</i></p>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
61	<p>In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen</p> <p><i>GAPLANUNGEN</i></p>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
62	<p>Interaktion mit Personen im direkten Kontakt</p> <p><i>GAINTERAKTION</i></p>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
63	<p>Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes</p> <p><i>GAKONTAKTPFLEGE</i></p>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig

Dekubitus		
64	Hatte der Bewohner bzw. die Bewohnerin in der Zeit seit der letzten Ergebniserfassung einen Dekubitus? <i>DEKUBITUS</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = nein 1 = ja, einmal 2 = ja, mehrmals
<i>wenn Feld 64 = 1 oder 2</i>		
65	Maximales Dekubitusstadium im Erhebungszeitraum <i>DEKUBITUSSTADIUM</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 1 = Kategorie/Stadium 1 2 = Kategorie/Stadium 2 3 = Kategorie/Stadium 3 4 = Kategorie/Stadium 4 9 = unbekannt
<i>obligatorisch wenn Feld 64 = 1 und Feld 65 <> 1; optional wenn Feld 64 = 2 und Feld 65 <> 1</i>		
66	Datum: Beginn Dekubitus 1 <i>DEKUBITUS1BEGINNDATUM</i> Datum im Format: JJJJ-MM-TT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
<i>obligatorisch wenn Feld 64 = 1 und Feld 65 <> 1; optional wenn Feld 64 = 2 und Feld 65 <> 1</i>		
67	Datum: Ende Dekubitus 1 (ggf. bis heute) <i>DEKUBITUS1ENDEDATUM</i> Datum im Format: JJJJ-MM-TT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
<i>obligatorisch wenn Feld 64 = 1 und Feld 65 <> 1; optional wenn Feld 64 = 2 und Feld 65 <> 1</i>		
68	Wo ist der Dekubitus 1 entstanden? <i>DEKUBITUS1LOK</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 1 = in der Pflegeeinrichtung 2 = im Krankenhaus 3 = zuhause (vor dem Einzug) 4 = woanders
<i>optional wenn Feld 64 = 2 und Feld 65 <> 1</i>		
69	Datum: Beginn Dekubitus 2 <i>DEKUBITUS2BEGINNDATUM</i> Datum im Format: JJJJ-MM-TT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
<i>optional wenn Feld 64 = 2 und Feld 65 <> 1</i>		
70	Datum: Ende Dekubitus 2 (ggf. bis heute) <i>DEKUBITUS2ENDEDATUM</i> Datum im Format: JJJJ-MM-TT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
<i>optional wenn Feld 64 = 2 und Feld 65 <> 1</i>		
71	Wo ist der Dekubitus 2 entstanden? <i>DEKUBITUS2LOK</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 1 = in der Pflegeeinrichtung 2 = im Krankenhaus 3 = zuhause (vor dem Einzug) 4 = woanders

Körpergewicht und Größe		
72	Körpergröße in cm <i>KOERPERGROESSE</i> Zahl (maximale Länge: 3) Minimum: 0 Maximum: 250	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
<i>wenn Feld 75 <> 4 oder 5</i>		
73	Aktuelles Körpergewicht in kg <i>KOERPERGEWICHT</i> Dezimalzahl (maximale Länge: 5) Minimum: 0 Maximum: 500	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> kg
<i>wenn Feld 73 <> LEER</i>		
74	Datum: Dokumentation des Körpergewichts <i>KOERPERGEWICHTDATUM</i> Datum im Format: JJJJ-MM-TT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
75	Welche der aufgeführten Punkte trafen laut Pflegedokumentation für den Bewohner bzw. die Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung zu? <i>KOERPERGEWICHTDOKU</i> Mehrfachangabe möglich	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Schlüssel 0 = Keine der angegebenen 1 = Gewichtsverlust durch medikamentöse Ausschwemmung 2 = Gewichtsverlust aufgrund ärztlich angeordneter oder ärztlich genehmigter Diät 3 = Mindestens 10% Gewichtsverlust während eines Krankenhausaufenthalts 4 = Aktuelles Gewicht liegt nicht vor. Bewohner bzw. Bewohnerin wird aufgrund einer Entscheidung des Arztes bzw. der Ärztin oder der Angehörigen oder eines Betreuers bzw. einer Betreuerin nicht mehr gewogen 5 = Aktuelles Gewicht liegt nicht vor. Bewohner bzw. Bewohnerin möchte nicht gewogen werden
Sturzfolgen		
76	Ist der Bewohner bzw. die Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung in der Einrichtung gestürzt? <i>STURZ</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = nein 1 = ja, einmal 2 = ja, mehrmals
<i>wenn Feld 76 = 1 oder 2</i>		
77	Welche Sturzfolgen sind aufgetreten? <i>STURZFOLGEN</i> Mehrfachangabe möglich	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Schlüssel 0 = keine der genannten Folgen ist aufgetreten 1 = Frakturen 2 = ärztlich behandlungsbedürftige Wunde 3 = erhöhter Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen 4 = erhöhter Unterstützungsbedarf bei der Mobilität

Anwendung von Gurten		
78	Wurden bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin in den vergangenen 4 Wochen Gurte angewendet? <i>GURT</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = nein 1 = ja
<i>wenn Feld 78 = 1</i>		
79	Wie oft wurden Gurte angewendet? <i>GURTHAUFIGKEIT</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 1 = täglich 2 = mehrmals wöchentlich 3 = 1x wöchentlich 4 = seltener als 1x wöchentlich
Bettseitenteile		
80	Wurden bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin in den vergangenen 4 Wochen Bettseitenteile angewendet? <i>SEITENTEILE</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = nein 1 = ja
<i>wenn Feld 80 = 1</i>		
81	Wie oft wurden Bettseitenteile angewendet? <i>SEITENTEILEHAUFIGKEIT</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 1 = täglich 2 = mehrmals wöchentlich 3 = 1x wöchentlich 4 = seltener als 1x wöchentlich
Schmerz		
82	Liegen bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin Anzeichen für länger andauernde Schmerzen vor (z.B. Äußerungen des Bewohners bzw. der Bewohnerin oder Einnahme von Analgetika)? <i>SCHMERZEN</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = nein 1 = ja
<i>wenn Feld 82 = 1</i>		
83	Ist der Bewohner bzw. die Bewohnerin durch eine medikamentöse Schmerzbehandlung schmerzfrei? <i>SCHMERZFREI</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = nein 1 = ja
<i>wenn Feld 83 = 0</i>		
84	Wurde bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin eine differenzierte Schmerzeinschätzung vorgenommen? <i>SCHMERZEINSCH</i>	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = nein 1 = ja

wenn Feld 84 = 1	
85	Datum: Dokumentation der Schmerzeinschätzung <i>SCHMERZEINSDATUM</i> Datum im Format: JJJJ-MM-TT
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
wenn Feld 84 = 1	
86	Welche Informationen liegen über die Ergebnisse dieser Schmerzeinschätzung vor? <i>SCHMERZEINSDINFO</i> Mehrfachangabe möglich
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Schlüssel 0 = Es liegen keine Informationen vor 1 = Schmerzintensität 2 = Schmerzqualität 3 = Schmerzlokalisierung 4 = Folgen für Lebensalltag
Einzug	
87	Ist der Bewohner bzw. die Bewohnerin nach der letzten Ergebniserfassung neu in die Einrichtung eingezogen? <i>NEUEINZUG</i>
	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 87 = 1	
88	Erfolgte der Einzug direkt im Anschluss an einen Kurzzeitpflegeaufenthalt in der Einrichtung (ohne zeitliche Lücke)? <i>EINZUGNACHKZ</i>
	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 88 = 1	
89	Datum: Beginn des Kurzzeitpflegeaufenthalts <i>EINZUGNACHKZDATUM</i> Datum im Format: JJJJ-MM-TT
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
wenn Feld 87 = 1	
90	Ist der Bewohner bzw. die Bewohnerin innerhalb der ersten 8 Wochen nach dem Einzug länger als drei Tage in einem Krankenhaus versorgt worden? <i>EINZUGKHBEHANDLUNG</i>
	<input type="checkbox"/> Schlüssel 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 90 = 1	
91	Datum: Beginn des Krankenhausaufenthalts direkt nach dem Einzug <i>EINZUGKHBEGINNDATUM</i> Datum im Format: JJJJ-MM-TT
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
wenn Feld 90 = 1	
92	Datum: Ende des Krankenhausaufenthalts direkt nach dem Einzug <i>EINZUGKHENDEDATUM</i> Datum im Format: JJJJ-MM-TT
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>

<i>wenn Feld 87 = 1</i>	
93	<p>Ist in den Wochen nach dem Einzug mit dem Bewohner bzw. der Bewohnerin und/oder einer seiner bzw. ihrer Angehörigen oder sonstigen Vertrauenspersonen ein Gespräch über sein bzw. ihr Einleben und die zukünftige Versorgung geführt worden?</p> <p><i>EINZUGGESPR</i></p>
	<div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <p>Schlüssel 1 = ja 2 = nicht möglich aufgrund fehlender Vertrauenspersonen des Bewohners bzw. der Bewohnerin 3 = nein, aus anderen Gründen</p>
<i>wenn Feld 93 = 1</i>	
94	<p>Datum des Integrationsgesprächs</p> <p><i>EINZUGGESPRDATUM</i></p> <p>Datum im Format: JJJJ-MM-TT</p>
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
<i>wenn Feld 93 = 1</i>	
95	<p>Wer hat an dem Integrationsgespräch teilgenommen?</p> <p><i>EINZUGGESPRTEILNEHMER</i></p> <p>Mehrfachangabe möglich</p>
	<div style="text-align: center;"> <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 </div> <p>Schlüssel 0 = Keine der angegebenen 1 = Bewohner/Bewohnerin 2 = Angehörige 3 = Betreuer/Betreuerin 4 = andere Vertrauenspersonen, die nicht in der Einrichtung beschäftigt sind</p>
<i>wenn Feld 93 = 1</i>	
96	<p>Wurden die Ergebnisse dieses Gespräches dokumentiert?</p> <p><i>EINZUGGESPRDOKU</i></p>
	<div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <p>Schlüssel 0 = nein 1 = ja</p>

Angabe des Ausschlussgrundes		
8	<p>Ausschlussgrund</p> <p><i>AUSSCHLUSSGRUND</i></p>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Schlüssel</p> <p>1 = Einzugsdatum liegt weniger als 14 Tage vor dem Stichtag</p> <p>2 = Bewohner bzw. Bewohnerin ist Kurzzeitpflegegast</p> <p>3 = Bewohner bzw. Bewohnerin befindet sich in der Sterbephase</p> <p>4 = Bewohner bzw. Bewohnerin hält sich seit mindestens 21 Tagen vor dem Stichtag nicht mehr in der Einrichtung auf (z. B. wegen einer Krankenhausbehandlung oder eines längeren Urlaubs mit Angehörigen)</p>

Kommentierung der Indikatorergebnisse

Kommentar	
1	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Kommentar <i>KOMMENTAR</i> Freitext (maximale Länge: 3000 Zeichen)</p> </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <div style="display: flex; align-items: center; gap: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">□</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">□</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">□</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">□</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">□</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">□</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">□</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">□</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">□</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">□</div> </div> <div style="margin-left: 10px;"> + ... </div> </div> </div>