

## Der Pflegebericht

Als Teil des Pflegeprozesses beschreibt der Pflegebericht die Wirksamkeit durchgeführter Pflegemaßnahmen und den Zustand des Patienten.

	
Befinden/Zustand des Patienten („defizitorientiert“)	Leistungen, die an anderer Stelle dokumentiert sind
Pflegeprobleme (z.B. Schluckstörungen, Dekubitus ...)	Nicht aussagekräftige Floskeln (AZ schlecht, pflegerisch und prophylaktisch versorgt...)
Feststellung zu Veränderungen und Besonderheiten (geistig, seelisch, körperlich)	Wertungen (z.B. schlecht gelaunt, aggressiv, verwirrt, kindisch...) → besser: Beobachtungen beschreiben
Besondere Vorkommnisse, gefährliche Situationen oder Zwischenfälle	Routinetätigkeiten (Inf. Läuft, Visite erfolgt, AB erhalten...)
Absprachen, Kooperationen, Konflikte mit Angehörigen	Eigene Meinung
Begründung für Mehraufwand in der pfleg. Handlung	
Krankenbeobachtung → was sehe, rieche, höre, fühle ich?	

→ Der Pflegebericht wird in **jeder Schicht** von der betreuenden Pflegefachkraft geschrieben

→ Denken sie an den **Roter Faden**:

Bezug zum Pflegebericht des vorherigen Dienstes, Evaluation von Maßnahmen, Reaktionen auf Probleme

→ Formulieren sie Beobachtungen/Situationen möglichst **präzise** und in Fachsprache

→ was nicht dokumentiert ist, bedeutet juristisch „nicht gemacht“ (z.B. Lagerungen..)

**Quellen:**

- **Fortbildung Pflegedokumentation UMR**