

Checkliste Einschulung und Kontrolle

Übertragung an Personenbetreuer oder Persönliche Assistenten						
Patientenname:	Übertragungsempfänger:	erhoben von:				
Einschulung (E) und Kontrolle der korrekten Durchführung (v)						
Datum						
Pflegerische Tätigkeiten						
<input type="checkbox"/> Mobilität / Lagerung						
<input type="checkbox"/> Inkontinenzversorgung						
<input type="checkbox"/> für Sicherheit sorgen						
<input type="checkbox"/> Waschen, Körperpflege						
<input type="checkbox"/> Pflege von Stomata, Sonden						
<input type="checkbox"/> Flüssigkeitszufuhr						
<input type="checkbox"/> Ernährung						
<input type="checkbox"/> Erbrechen/Übelkeit						
<input type="checkbox"/> Mundpflege						
<input type="checkbox"/> Medikamentengabe/ -wirkung						
<input type="checkbox"/> Basale Stimulation / Einreibung						
<input type="checkbox"/> Stuhlsorge						
<input type="checkbox"/> Colostomaversorgung						
<input type="checkbox"/> Dauerkatheter						
<input type="checkbox"/> Med. Geräte						
<input type="checkbox"/> Hautpflege						
<input type="checkbox"/> Dekuprophylaxe						
<input type="checkbox"/> Portpflege						
<input type="checkbox"/> Sonstiges						
Mitverantwortlicher Bereich						
<input type="checkbox"/> Info über Delegation an Arzt						
<input type="checkbox"/> Medikamentenverabreichung						
<input type="checkbox"/> Wunden, Verbände, Bandagen						
<input type="checkbox"/> subcutane Injektionen						
<input type="checkbox"/> Blutentnahme aus der Kapillare						
<input type="checkbox"/> Wärme- und Lichtanwendung						
ärztliche Tätigkeiten (Info an verantwortlichen Arzt über korrekte Durchführung)						
<input type="checkbox"/> Injektion s.c.						
<input type="checkbox"/> Injektion i.m.						
<input type="checkbox"/> Infusion an-, ab-, umhängen						
<input type="checkbox"/> parenterale Ernährung						
<input type="checkbox"/> Therapie über Port						
<input type="checkbox"/> Schmerzpumpe						
<input type="checkbox"/> PEG Sonde						
<input type="checkbox"/> Sauerstoffversorgung						
<input type="checkbox"/> Sonstiges						