**Checkliste: Dekubitus –Risiko- Einschätzung**

**Name des Kunden\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Risiken:** | **Datum:** | | **Datum:** | | **Datum:** | |
|  | **Ja** | **Nein** | **Ja** | **Nein** | **Ja** | **Nein** |
| **Aktivität:**  z.B. fehlende Eigenbewegung, |  |  |  |  |  |  |
| **Beweglichkeit:**  z.B. Lähmungen, Spastik, Kontrakturen |  |  |  |  |  |  |
| **Feuchtigkeit:**  z.B. Schwitzen, falsche IK- Material |  |  |  |  |  |  |
| **Sensorische Störungen:**  z.B. mangelndes Schmerzempfinden bei Diabetes, Druckschmerz wird nicht gespürt |  |  |  |  |  |  |
| **Ernährung:**  z.B. massives Unter- und Übergewicht, Mangelernährung bei PEG |  |  |  |  |  |  |
| **Reibungs- und Schwerkräfte:**  z.B. beim Hinsetzen im Bett Reibung im Fersenbereich |  |  |  |  |  |  |
| **Schlechter Allgemeinzustand:**  z.B. auch Anämie, starke Durchblutungsstörungen |  |  |  |  |  |  |
| **Risiken durch Hilfsmittel:** z.B. Hörgeräte, Brille, Kompressionen, |  |  |  |  |  |  |
| **Hautinspektion durchgeführt:**  **Haut intakt?** |  |  |  |  |  |  |
| **Handzeichen der MA:** |  |  |  |  |  |  |

**Bei „Ja“ werden die erforderlichen Maßnahmen in der Pflegeplanung ergänzt und es erfolgt eine dokumentierte Beratung des Kunden und seiner Angehörigen.**