**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.**