

Einrichtung	Teilnehmer (Name, Qualifikation)	Akut	Reha
<u>Gastgeber:</u>			
<u>Besucher:</u>			
(A) Allgemein			
<p>1. Welche Professionen führen patientenbezogen eine Dokumentation durch?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 			
<p>2. Was wird wie dokumentiert? elektronisch? in Papierform?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnese • Aufnahmebefund • Assessmentergebnisse • Befunde • Abschlussbefund • Empfehlung für Nachbehandler 			
<p>3. Welche Assessments werden im Vorfeld der Teamsitzungen durchgeführt und dokumentiert? (z. B. Barthel)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 			
<p>4. Gibt es Dokumentationsvorgaben für ...?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewegungsplan • Ernährungsplan • Freiheitsentziehende Maßnahmen • Sturzrisiko • Dekubitusrisiko 			

5. Wird auf Fehler/Unvollständigkeiten in der Dokumentation angemessen reagiert? (z. B. Wer korrigiert bzw. informiert wen?)	ja	teilweise	nein
6. Wie wird geregelt, wer für welche Dokumentationsinhalte verantwortlich ist? (z. B. SOP)			
(B) Elektronische Patientenakte			
7. Haben Sie eine elektronische Patientenakte eingeführt?	ja, vollständig	teilweise	in Planung nein, nicht geplant
<i>Wenn nein:</i>			
8. Welche Gründe stehen der Einführung entgegen?			
<i>Wenn ja:</i>			
9. Welche Bereiche sind bereits elektronisch im KIS abgebildet?			
10. Zu welchen Doppeldokumentationen kommt es?			
11. Welche Probleme waren bei der Einführung besonders „hartnäckig“?			
12. Wie ist sichergestellt, dass die elektr. Erfassten Daten vor nachträglicher Veränderung geschützt sind?			
13. Welche Software nutzen Sie?			
14. Können Sie eine Zeiteinsparung feststellen?	ja	nein	
(C) Ärztlicher Dienst			
15. Welche Dokumentationsaufgaben, die im ärztlichen Verantwortungsbereich liegen, werden delegiert? (z. B. Verlaufskurve)			
16. Werden unterzeichnete Aufklärungsformulare dem Patienten ausgehändigt?	ja	nein	

17. Wird dies vom Patienten quittiert?	ja	nein
18. Werden Patientenverfügungen, Betreuungsverfügungen und Vorsorgevollmachten standardisiert erfasst und dokumentiert?	ja	nein
(D) Pflegerischer Dienst		
19. Werden im Rahmen der Planungsdokumentation Pflegeziele und geplante Pflegemaßnahmen standardisiert festgelegt?	ja	nein
20. Welches pflegerische Konzept kommt zur Anwendung? (z. B. ATP-G)		
21. Wann werden Maßnahmen dokumentiert?		
<input type="radio"/> zum Schichtende <input type="radio"/> nach Ende der Maßnahme <input type="radio"/>		
22. Wird regelhaft PKMS-E dokumentiert und abgerechnet?	ja	nein
(E) Therapeutischer Dienst und Sozialdienst		
23. Gibt es einen Leistungskatalog für therapeutische Leistungen? Wenn ja, für welche Professionen?	ja	nein
24. Welche Professionen bilden ihre Leistungen durch Leistungsziffern ab?		
25. Sind definierten Leistungen Zeitwerte zugeordnet?	ja	nein
26. Wo werden die Leistungen erfasst?	im KIS	auf Papier
27. Was und wie dokumentiert der Sozialdienst seine Leistungen?		
Erläuterungen/Anmerkungen zur Dokumentation in der Geriatrie:		
Welche Themen für das QNG wären für Sie von Interesse?		
Das Formular wurde ausgefüllt:	Ansprechpartner:	Datum des Treffens: