

Pflegetagebuch

Vordruck für Pflegealltag, Pflegegrad und Nachweise

Warum dieses Pflegetagebuch wichtig ist

Es macht sichtbar, welche Unterstützung im Alltag wirklich nötig ist: bei Körperpflege, Ernährung, Mobilität, Medikamenten, Orientierung, nächtlicher Unruhe und Organisation. Die Einträge helfen bei Pflegegrad, Pflegeberatung und Gesprächen mit Pflegekasse oder Pflegedienst.

So ausfüllen

Kurz, konkret und täglich: Was wurde gemacht? Wie lange dauerte es? Wobei war Anleitung, Kontrolle, Teilhilfe oder vollständige Übernahme nötig?

- Tägliche Pflege und Betreuung eintragen
- Zeitaufwand realistisch notieren
- Besondere Ereignisse sofort festhalten
- Medikamente, Termine und Nachweise sammeln
- Vor Begutachtung die Wochenübersicht ausfüllen

Name der pflegebedürftigen Person

Zeitraum von / bis

Pflegegrad / Antrag

Ausgefüllt von

Telefon für Rückfragen

Pflegebedürftige Person

Name

Geburtsdatum

Pflegegrad

Adresse

Pflegekasse

Diagnosen / relevante Einschränkungen

Hauptpflegeperson und Beteiligte

Hauptpflegeperson

Telefon / E-Mail

Verhältnis

Ambulanter Pflegedienst / Ansprechpartner

Hausarzt / Facharzt

Aktuelle Versorgung

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pflegegeld | <input type="checkbox"/> Pflegesachleistungen |
| <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung | <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag |
| <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege | <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege |
| <input type="checkbox"/> Tagespflege | <input type="checkbox"/> Hilfsmittel |

Besondere Hinweise

Datum <input type="text"/>	Wochentag <input type="text"/>	Schlaf / Nachtverlauf <input type="text"/>	Zustand morgens <input type="text"/>
Heute besonders auffällig:			
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Sturzgefahr	<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> Vergesslichkeit
<input type="checkbox"/> Erschöpfung	<input type="checkbox"/> Widerstand	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	

Bereich	Was wurde gemacht?	Hilfegrad	Zeit
Waschen / Anziehen		Anleitung / Teilhilfe Übernahme / Kontrolle	
Essen / Trinken		Anleitung / Teilhilfe Übernahme / Kontrolle	
Toilette / Inkontinenz		Anleitung / Teilhilfe Übernahme / Kontrolle	
Mobilität / Transfer		Anleitung / Teilhilfe Übernahme / Kontrolle	
Medikamente / Behandlung		Anleitung / Teilhilfe Übernahme / Kontrolle	
Betreuung / Anleitung		Anleitung / Teilhilfe Übernahme / Kontrolle	

Tageszeit	Pflege / Betreuung / Ereignis	Dauer	Person
Vormittag			
Mittag			
Nachmittag			
Abend			
Nacht			
Sonstiges			

Datum <input type="text"/>	Wochentag <input type="text"/>	Schlaf / Nachtverlauf <input type="text"/>	Zustand morgens <input type="text"/>
Heute besonders auffällig:			
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Sturzgefahr	<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> Vergesslichkeit
<input type="checkbox"/> Erschöpfung	<input type="checkbox"/> Widerstand	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	

Bereich	Was wurde gemacht?	Hilfegrad	Zeit
Waschen / Anziehen		Anleitung / Teilhilfe Übernahme / Kontrolle	
Essen / Trinken		Anleitung / Teilhilfe Übernahme / Kontrolle	
Toilette / Inkontinenz		Anleitung / Teilhilfe Übernahme / Kontrolle	
Mobilität / Transfer		Anleitung / Teilhilfe Übernahme / Kontrolle	
Medikamente / Behandlung		Anleitung / Teilhilfe Übernahme / Kontrolle	
Betreuung / Anleitung		Anleitung / Teilhilfe Übernahme / Kontrolle	

Tageszeit	Pflege / Betreuung / Ereignis	Dauer	Person
Vormittag			
Mittag			
Nachmittag			
Abend			
Nacht			
Sonstiges			

Datum <input type="text"/>	Wochentag <input type="text"/>	Schlaf / Nachtverlauf <input type="text"/>	Zustand morgens <input type="text"/>
Heute besonders auffällig:			
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Sturzgefahr	<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> Vergesslichkeit
<input type="checkbox"/> Erschöpfung	<input type="checkbox"/> Widerstand	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	

Bereich	Was wurde gemacht?	Hilfegrad	Zeit
Waschen / Anziehen		Anleitung / Teilhilfe Übernahme / Kontrolle	
Essen / Trinken		Anleitung / Teilhilfe Übernahme / Kontrolle	
Toilette / Inkontinenz		Anleitung / Teilhilfe Übernahme / Kontrolle	
Mobilität / Transfer		Anleitung / Teilhilfe Übernahme / Kontrolle	
Medikamente / Behandlung		Anleitung / Teilhilfe Übernahme / Kontrolle	
Betreuung / Anleitung		Anleitung / Teilhilfe Übernahme / Kontrolle	

Tageszeit	Pflege / Betreuung / Ereignis	Dauer	Person
Vormittag			
Mittag			
Nachmittag			
Abend			
Nacht			
Sonstiges			

Datum <input type="text"/>	Wochentag <input type="text"/>	Schlaf / Nachtverlauf <input type="text"/>	Zustand morgens <input type="text"/>
Heute besonders auffällig:			
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Sturzgefahr	<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> Vergesslichkeit
<input type="checkbox"/> Erschöpfung	<input type="checkbox"/> Widerstand	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	

Bereich	Was wurde gemacht?	Hilfegrad	Zeit
Waschen / Anziehen		Anleitung / Teilhilfe Übernahme / Kontrolle	
Essen / Trinken		Anleitung / Teilhilfe Übernahme / Kontrolle	
Toilette / Inkontinenz		Anleitung / Teilhilfe Übernahme / Kontrolle	
Mobilität / Transfer		Anleitung / Teilhilfe Übernahme / Kontrolle	
Medikamente / Behandlung		Anleitung / Teilhilfe Übernahme / Kontrolle	
Betreuung / Anleitung		Anleitung / Teilhilfe Übernahme / Kontrolle	

Tageszeit	Pflege / Betreuung / Ereignis	Dauer	Person
Vormittag			
Mittag			
Nachmittag			
Abend			
Nacht			
Sonstiges			

Datum <input style="width: 90%;" type="text"/>	Wochentag <input style="width: 90%;" type="text"/>	Schlaf / Nachtverlauf <input style="width: 90%;" type="text"/>	Zustand morgens <input style="width: 90%;" type="text"/>
Heute besonders auffällig:			
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Sturzgefahr	<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> Vergesslichkeit
<input type="checkbox"/> Erschöpfung	<input type="checkbox"/> Widerstand	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	

Bereich	Was wurde gemacht?	Hilfegrad	Zeit
Waschen / Anziehen		Anleitung / Teilhilfe Übernahme / Kontrolle	
Essen / Trinken		Anleitung / Teilhilfe Übernahme / Kontrolle	
Toilette / Inkontinenz		Anleitung / Teilhilfe Übernahme / Kontrolle	
Mobilität / Transfer		Anleitung / Teilhilfe Übernahme / Kontrolle	
Medikamente / Behandlung		Anleitung / Teilhilfe Übernahme / Kontrolle	
Betreuung / Anleitung		Anleitung / Teilhilfe Übernahme / Kontrolle	

Tageszeit	Pflege / Betreuung / Ereignis	Dauer	Person
Vormittag			
Mittag			
Nachmittag			
Abend			
Nacht			
Sonstiges			

Woche von / bis

Pflegebedürftige Person

Ausgefüllt von

Tag	Körperpflege	Ernährung	Mobilität	Betreuung	Nacht	Min.
Montag						
Dienstag						
Mittwoch						
Donnerstag						
Freitag						
Samstag						
Sonntag						
Summe						

Kurze Wochenbewertung

Was war besonders belastend?

Welche Hilfe war taeglich notwendig?

Gab es Stürze, Weglaufen, Vergessen, Schmerzen oder Krisen?

Welche Unterstützung fehlt oder reicht nicht aus?

Notizen für Begutachtung oder Pflegeberatung

Eintragshilfe: Notieren Sie konkrete Alltagssituationen: Was funktioniert ohne Hilfe nicht, nur teilweise oder nur mit Anleitung, Kontrolle oder Übernahme?

Mobilität

Aufstehen, Umsetzen, Treppen, Sturzgefahr, Lagewechsel

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Orientierung, Verstehen, Entscheidungen, Risiken erkennen

Verhalten und psychische Problemlagen

Unruhe, Angst, Aggression, nächtliches Rufen, Weglaufen

Selbstversorgung

Waschen, Duschen, Kleidung, Essen, Trinken, Toilette

Umgang mit Krankheit / Therapie

Medikamente, Wunden, Arzttermine, Messungen, Hilfsmittel

Alltagsleben und soziale Kontakte

Tagesstruktur, Beschäftigung, Kontakte, Wohnung verlassen

Medikament / Maßnahme	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Hinweis

Behandlungspflege / medizinische Beobachtungen

- Blutzucker
- Blutdruck
- Wundversorgung
- Kompression
- Injektion
- Katheter
- Inhalation
- Schmerzskala

Auffälligkeiten, Nebenwirkungen, vergessene Einnahmen oder Rückfragen

Datum	Kontakt / Stelle	Anlass	Ergebnis / To-do

Gesammelte Nachweise

- Arztberichte
- Entlassungsbrief
- Medikationsplan
- Pflegedienst-Nachweise
- Hilfsmittelbelege
- Fotos / Wundverlauf
- Schriftwechsel Pflegekasse
- MD-Termin

Wichtige Telefonate, E-Mails oder Absprachen

Warum diese Seite wichtig ist

Viele Hilfen passieren nebenbei: nachts aufstehen, erinnern, beruhigen, begleiten, kontrollieren und organisieren. Diese Belastung sollte konkret dokumentiert werden.

Datum	Ereignis / Situation	Auswirkung	Dauer

Belastung der Pflegeperson

- Schlafmangel
- Psychische Belastung
- Keine verlässliche Vertretung
- Körperliche Belastung
- Organisation / Papierkram
- Beruf / Familie betroffen

Vor dem Termin bereitlegen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pfl egetagebuch der letzten Tage oder Wochen | <input type="checkbox"/> Medikationsplan und Arztberichte |
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus- oder Reha-Unterlagen | <input type="checkbox"/> Bescheide der Pflegekasse |
| <input type="checkbox"/> Nachweise des Pflegedienstes | <input type="checkbox"/> Hilfsmittel, Therapien und Verordnungen |
| <input type="checkbox"/> Liste der regelmäßigen Hilfen | <input type="checkbox"/> Notizen zu Nachtpflege und Ereignissen |
| <input type="checkbox"/> Fragen an Gutachter oder Pflegeberatung | |

Wichtig für das Gespräch

Beschreiben Sie den normalen Pflegealltag ehrlich und konkret. Nicht der beste Tag zählt, sondern der regelmäßige Hilfebedarf. Erwähnen Sie auch Anleitung, Erinnerung, Kontrolle und ständige Bereitschaft.

Eigene Fragen und letzte Notizen
