



LfK
Landesverband
freie ambulante
Krankenpflege
NRW e.V.

Rainer Guse – IHR persönlicher Pflegeservice
Beerenstr. 30, 51379 Leverkusen
Tel.: 02171 -55 99 89

Das Pflegetagebuch wird geführt für:

Name, Vorname: _____

Geboren am: _____

Anschrift

(Straße, Postleitzahl Ort): _____

Name und Anschrift des
gesetzlichen Vertreters/
Bevollmächtigten/Betreuers: _____

Name der Person/en, die
das Pflegetagebuch führt/
führen: _____

Unterschrift Pflegebedürftige/r, gesetzlicher Vertreter/
Bevollmächtigte/r¹

Unterschrift Tagebuchführer/in

¹ Ich bin mit den Angaben der das Pflegetagebuch führenden Person einverstanden

Rainer Guse – IHR persönlicher Pflegeservice

Tel.: 02171 – 55 99 89



Pflegetagebuch

Pflegetag: _____
(Datum)

Erforderliche Hilfe bei: (siehe Erläuterungen)	Zeitaufwand in Minuten						ggf. nähere Beschreibung der Hilfe z. B.: Anleitung, Beaufsichtigung, mit Unterstützung, teilweise oder volle Übernahme erforderlich
	morgens	vormittags	mittags	nachmittags	abends	nachts 22 – 6 h	
Körperpflege							
Waschen							
• Ganzkörperwäsche							
• Teilwäsche							
• Duschen							
• Baden							
ggf. notwendige Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen							
• oro/tracheale Sekretabsaugung							
• Einreiben mit Dermatika							

Rainer Guse – IHR persönlicher Pflegeservice

Tel.: 02171 – 55 99 89



Erforderliche Hilfe bei: (siehe Erläuterungen)	Zeitaufwand in Minuten						ggf. nähere Beschreibung der Hilfe z. B.: Anleitung, Beaufsichtigung, mit Unterstützung, teilweise oder volle Übernahme erforderlich
	morgens	vormittags	mittags	nachmittags	abends	nachts 22 – 6 h	
Körperpflege							
Zahnpflege							
Kämmen							
Rasieren							
Darm- und Blasenentleerung							
• Wasserlassen							
ggf. notwendige Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen							
• Einmalkatheterisierung							
• Stuhlgang							
ggf. notwendige Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen							
• Klistier/Einlauf							

Rainer Guse – IHR persönlicher Pflegeservice

Tel.: 02171 – 55 99 89



Erforderliche Hilfe bei: (siehe Erläuterungen)	Zeitaufwand in Minuten						ggf. nähere Beschreibung der Hilfe z. B.: Anleitung, Beaufsichtigung, mit Unterstützung, teilweise oder volle Übernahme erforderlich
	morgens	vormittags	mittags	nachmittags	abends	nachts 22 – 6 h	
Körperpflege							
<ul style="list-style-type: none"> • Richten der Kleidung 							
<ul style="list-style-type: none"> • Wechseln von Inkontinenzprodukten 							
<ul style="list-style-type: none"> • Wechseln/Entleeren des Urinbeutels/Stomabeutels 							
Ernährung							
<ul style="list-style-type: none"> • Aufnahme der Nahrung 							
ggf. notwendige Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen							
<ul style="list-style-type: none"> • oro/tracheales Absaugen 							
<ul style="list-style-type: none"> • Wechsel der Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei Tracheostoma 							
<ul style="list-style-type: none"> • mundgerechte Nahrungszubereitung 							
Mobilität							
<ul style="list-style-type: none"> • Aufstehen/Zubettgehen 							

Rainer Guse – IHR persönlicher Pflegeservice

Tel.: 02171 – 55 99 89



Erforderliche Hilfe bei: (siehe Erläuterungen)	Zeitaufwand in Minuten						ggf. nähere Beschreibung der Hilfe z. B.: Anleitung, Beaufsichtigung, mit Unterstützung, teilweise oder volle Übernahme erforderlich
	morgens	vormittags	mittags	nachmittags	abends	nachts 22 – 6 h	
Mobilität							
ggf. notwendige Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen							
<ul style="list-style-type: none"> Maßnahmen zur Sekretlimitation bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf 							
<ul style="list-style-type: none"> Gehen 							
<ul style="list-style-type: none"> Umlagern 							
<ul style="list-style-type: none"> Ankleiden 							
ggf. notwendige Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen							
<ul style="list-style-type: none"> Anziehen von Kompressionsstrümpfen ab Klasse 2 							
<ul style="list-style-type: none"> Auskleiden 							
ggf. notwendige Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen							
<ul style="list-style-type: none"> Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Klasse 2 							



Erforderliche Hilfe bei: (siehe Erläuterungen)	Zeitaufwand in Minuten						ggf. nähere Beschreibung der Hilfe z. B.: Anleitung, Beaufsichtigung, mit Unterstützung, teilweise oder volle Übernahme erforderlich
	morgens	vormittags	mittags	nachmittags	abends	nachts 22 – 6 h	
Mobilität							
• Gehen/Bewegen im Haus							
• Stehen							
• Treppensteigen							
• Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung							
Hauswirtschaftliche Versorgung							
• Einkaufen							
• Kochen							
• Wohnung reinigen							
• Spülen							
• Wechseln/Waschen der Wäsche/Kleidung							

