

Pflegerisches Basis-Assessment (BAss)

Name: _____ Pflegegrad vorhanden : 1 2 3 4 5 Datum: _____ Station: _____

		selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig		
Mobilität	1.1	Positionenwechsel im Bett durchführen können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
	1.2	Stabile Sitzposition halten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
	1.3	Aufstehen aus sitzender Position/Umsetzen können	<input type="checkbox"/> 0 15	<input type="checkbox"/> 1 10	<input type="checkbox"/> 2 5	<input type="checkbox"/> 3 0	
	1.4	Gehfähigkeit, Fortbewegung auf ebener Fläche	<input type="checkbox"/> 0 15	<input type="checkbox"/> 1 10	<input type="checkbox"/> 2 5	<input type="checkbox"/> 3 0	
		Setzt Gehhilfen ein: _____ <input type="checkbox"/> keine Gehhilfen					
	1.5	Treppensteigen	<input type="checkbox"/> 0 10	<input type="checkbox"/> 1 5	<input type="checkbox"/> 2 5	<input type="checkbox"/> 3 0	
	Sturzgeschichte in den letzten 6 Monaten	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> 1-2 Stürze	<input type="checkbox"/> 3 und mehr Stürze			
Selbstversorgung			selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig	
	4.1	Vorderen Oberkörper waschen können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
	4.2	Kämmen, Zahn-/Mundpflege, Rasur durchführen können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
	4.3	Intimbereich waschen können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
	4.4	Duschen oder baden können	<input type="checkbox"/> 0 5	<input type="checkbox"/> 1 0	<input type="checkbox"/> 2 0	<input type="checkbox"/> 3 0	
	4.5	Oberkörper an-/auskleiden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
	4.6	Unterkörper an-/auskleiden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
	4.7	Nahrung mundgerecht zubereiten, Getränke eingießen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
	4.8	Essen können (bereitgestellte, zubereitete Speisen)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9	
		Ernährungsverhalten Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm BMI: _____	<input type="checkbox"/> isst normale Portion	<input type="checkbox"/> isst >1/2 Portion o. Sondennahrung	<input type="checkbox"/> isst i.d.R. <1/2, o. lässt Mahlzeit ausfallen	<input type="checkbox"/> isst i.d.R. 1/3 der Mahlzeiten	
	4.13	Parenterale Ernährung oder Sondennahrung <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Versorgung selbstständig	<input type="checkbox"/> nicht täglich	<input type="checkbox"/> (6 P) tägl. ergänzend zur oralen Nahrung	<input type="checkbox"/> (3 P) keine orale Nahrungszufuhr	
	4.9	Trinken können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6	
	4.10	Toilette/Toilettenstuhl benutzen können	<input type="checkbox"/> 0 10	<input type="checkbox"/> 2 5	<input type="checkbox"/> 4 5	<input type="checkbox"/> 6 0	
	4.11	Harninkontinenz Folgen einer Harninkontinenz bewältigen, Umgang mit DK/Urostoma	<input type="checkbox"/> nein } 10 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 1 5	<input type="checkbox"/> 2 5	<input type="checkbox"/> 3 0	
4.12	Stuhlinkontinenz Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen, Umgang mit Stoma	<input type="checkbox"/> nein } 10 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 1 5	<input type="checkbox"/> 2 5	<input type="checkbox"/> 3 0		
	Stuhlfrequenz _____ pro Woche						
Kognition, Wahrnehmung, Kommunikation			vorhanden	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden	
	2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
	2.3	Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
	2.2	Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
	2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse o. Beobachtungen	<input type="checkbox"/> 0 } 15 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 } 10 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 } 5 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 } 0 <input type="checkbox"/> 3	
	2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	<input type="checkbox"/> 0 } 15 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 } 5 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 } 0 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 } 0 <input type="checkbox"/> 3	
	2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben	<input type="checkbox"/> 0 } 15 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 } 5 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 } 0 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 } 0 <input type="checkbox"/> 3	
	2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	<input type="checkbox"/> 0 15	<input type="checkbox"/> 1 10	<input type="checkbox"/> 2 5	<input type="checkbox"/> 3 0	
	2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
	2.9	Mitteilung elementarer Bedürfnisse	<input type="checkbox"/> 0 15	<input type="checkbox"/> 1 5	<input type="checkbox"/> 2 5	<input type="checkbox"/> 3 0	
	2.10	Verstehen von Aufforderungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
	2.11	Beteiligung an einem Gespräch	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
	Nicht NBA relevant		Sensorisches Empfindungsvermögen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
			Hörfähigkeit <input type="checkbox"/> Hörgerät vorhanden	<input type="checkbox"/> keine 0 Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> leichte 1 Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> mittlere 2 Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> schwere 3 Beeinträchtigung / taub
		Sehfähigkeit <input type="checkbox"/> Neglect	<input type="checkbox"/> kein Problem 15	<input type="checkbox"/> schw. 10 Lesestörung, findet sich in bekannter U. zurecht	<input type="checkbox"/> Problem 5 in unbekannter Umgebung	<input type="checkbox"/> findet sich nicht zurecht 0	
		Fremdsprachigkeit, Kommunikation nur mit Dolmetscher möglich	<input type="checkbox"/> ja 1	<input type="checkbox"/> nein	Sprache: _____		

		kommt nicht/ selten vor	selten < 3-mal/Wo.	häufig > 2-mal/Wo.	täglich	
Verhalten	3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten z.B. Hin-/Weglauff Tendenz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.2	Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.3	Selbstschädigendes u. autoaggressives Verhalten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.4	Beschädigen von Gegenständen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.6	Verbale Aggression	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.8	Abwehrverhalten gegenüber pflegerischen Maßnahmen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.9	Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen/Handlungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.10	Ängste	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.11	Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5

Risiken, Prävention	Pflegefachliche Einschätzung		0=kein Risiko	1=Risiko besteht	3=hohes Risiko
	Nicht NBA relevant	Sturzrisiko	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3
	Dehydrationsrisiko	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	
	Schluckstörung/Aspirationsrisiko	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> beaufsichtigungspflichtig
	Risiko einer Mangelernährung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	
	Risiko bei der Medikamentenversorgung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	
	Pneumonierisiko	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	
	Thrombosierisiko	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	
	Dekubitusrisiko	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	
	<input type="checkbox"/> Infektionsrisiko <input type="checkbox"/> Risiko der Keimübertragung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	
	Feuchtigkeitsbelastung der Haut	<input type="checkbox"/> normal 0	<input type="checkbox"/> regelmäßig 1	<input type="checkbox"/> häufig 2	<input type="checkbox"/> ständig 3
	Risikofaktoren für die Hautschädigung durch Scherkräfte	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> geringe 1	<input type="checkbox"/> hohe 3	

Zustände mit Überwachungs-/ Unterstützungsbedarf	Nicht NBA relevant	vorhanden nicht vorhanden Sonstiges:		
		<input type="checkbox"/> Akute Atemnot <input type="checkbox"/> respiratorische Insuffizienz	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein
Beatmung <input type="checkbox"/> intermittierend <input type="checkbox"/> kontinuierlich	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
Tubus	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
Tracheostoma <input type="checkbox"/> absaugpflichtig <input type="checkbox"/> nicht absaugpflichtig	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> Enterostoma-/Urostoma	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
(Herz-Kreislauf)-Monitoring	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
Instabile Herz-Kreislaufsituation	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
Schwankende Blutzuckerwerte	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
Fieber	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> Tetraplegie <input type="checkbox"/> Hemiplegie	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
Erhöhter Überwachungsaufwand d. Eigen-/Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
Postoperative Phase	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
Schmerzen (<input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> chronisch)	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
Fatigue <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> moderat <input type="checkbox"/> schwer	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
Zu- und Ableitungssysteme (*siehe <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
Erhöhte Ausscheidungsfrequenz: Stuhl/Urin	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
Anlegen von Orthesen/Prothesen: _____ <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> selbstständig 0	<input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig 1	<input type="checkbox"/> überwiegend unselbstst. 2 <input type="checkbox"/> unselbstständig 3	
Dekubitus <input type="checkbox"/> kein Dekubitus Dekubitus vorhanden	<input type="checkbox"/> Stadium I 1	<input type="checkbox"/> Stadium II 2	<input type="checkbox"/> Stadium III 3 <input type="checkbox"/> Stadium IV 4	
Sonstige Wunden	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
Quantitative Bewusstseins einschätzung	<input type="checkbox"/> wach 0	<input type="checkbox"/> Benommenheit 1	<input type="checkbox"/> Somnolenz 2 <input type="checkbox"/> Sopor 3	
	<input type="checkbox"/> Koma 6	<input type="checkbox"/> Sedierung 6	<input type="checkbox"/> Syndrom reaktionsloser Wachheit 6 <input type="checkbox"/> Syndrom des minimalen Bewusstseins 6	
Beaufsichtigungspflichtige Bewusstseinsveränderungen z.B. Verwirrtheit, Delirium	<input type="checkbox"/> ja 9	<input type="checkbox"/> nein		

*** Weitere Zu-/Ableitung 3**
 Harnableitungssystem
 Stomaanlage ZVK
 Shunt Port Drainagen
 Magensonden Sonstige

Ergebnis des Patienten	NBA-Punktwertberechnung					BAss-Index
	keine	geringe	erhebliche	schwere	vollständige	
Schweregrad der Beeinträchtigungen/ Selbstpflegefähigkeit						BAss-Werte eintragen
Mobilität (Punktwert Patient)	0-1	2-3	4-5	6-9	10-15	
Mobilität (Punktwert gewichtet)	0	2,5	5	7,5	10	
Selbstversorgung (Punktwert Patient)	0-2	3-7	8-18	19-36	37-54	
Selbstversorgung (Punktwert gewichtet)	0	10	20	30	40	
Kommunikation (Punktwert Patient)	0-1	2-5	6-10	11-16	17-33	
Verhalten (Punktwert Patient)	0	1-2	3-4	5-6	7-65	
Höchster Wert	0	3,75	7,5	11,25	15	
Ergebnis Pflegegrad ≥	Punkte:		Pflegegrad ≥			
Risiken						
Patientenzustände						
BAss-Index-Summe						
Fallschwere 1-10:	1 (21-40)	2 (41-60)	3 (61-80)	4 (81-100)	5 (101-120)	
BAss Nursing-Case-Index	6 (121-140)	7 (141-160)	8 (161-180)	9 (181-200)	10 (>200)	
Barthel-Index	Punkte:					
Erweiterter Barthel-Index	Punkte:					
	Pflegegrad 1 ab 12,5 bis 27 Punkte		Pflegegrad 2 ab 27 bis 47,5 Punkte		Pflegegrad 3 ab 47,5 bis 70 Punkte	Pflegegrad 4 ab 70 bis 90 Punkte
					Pflegegrad 5 ab 90 bis 100 Punkte	

Poststationärer Versorgungsbedarf festgestellt am: _____

Angemeldet	Datum + HZ
<input type="checkbox"/> Casemanagement	_____
<input type="checkbox"/> Sozialdienst	_____
<input type="checkbox"/> Wundmanagement	_____
<input type="checkbox"/> Stomatherapie	_____
<input type="checkbox"/> Ernährungssteam	_____

Datum, Unterschrift