

## Dokumentationscheckliste für Dokumentationsbeauftragte

Name ASN	Dokumentationscheck: Quartal/ Jahr

ASN-Dokumentation	vor- handen	voll- ständig	Angaben korrekt/ aktuell	Unterschrift / Kürzel	doku- menten- echt	trifft nicht zu	Welche Version bzw. wann erstellt? ggf. erforderliche Maßnahmen
• Handreichung - Assistenzdokumentation		_____	_____	_____	_____	_____	Welche Version? (siehe unten links)
• Inhaltsverzeichnis		_____	_____	_____	_____	_____	Welche Version? (siehe oben rechts)
• Stammblatt		_____	_____		_____	_____	Welche Version? (siehe Kopfzeile)
1. Infosammlung		_____	_____		_____		Welche Version? (siehe Kopfzeile)
2. Risikomatrix/ Risikoerhebungen		_____	_____		_____		Wann erstellt?
3. Überleitung		_____	_____				Welche Version? (siehe Kopfzeile)
4. Allgemeine Notfallkaskade		_____	_____	_____	_____	_____	
4. Individueller Notfallplan		_____	_____		_____		
5. Willenserklärung zur Bewegungseinschränkung		_____	_____				Welche Version? (siehe Kopfzeile)  Datum und Unterschrift der*s ASN vorhanden?
6. individuelle Vereinbarungen		_____	_____				Welche individuellen Vereinbarungen liegen ein? Wann erstellt?
7. Assistenzplan		_____	_____	_____	_____	_____	

ASN-Dokumentation	vor- handen	voll- ständig	Angaben korrekt/ aktuell	Unterschrift / Kürzel	doku- menten- echt	trifft nicht zu	Welche Version bzw. wann erstellt? ggf. erforderliche Maßnahmen
8. Leitfäden (LF)/ Standards (S)/ Informationsblätter		/	/	/	/	/	Welche LF/ Standards/ Informationsblätter liegen ein? (Nr. des LF/ S) Welche Version? (siehe Kopfzeile)
9. ärztl. Anordnungen/ Medikamente, ärztl. Bedarfsanordnungen/ Bedarfsmedikamente		_____	_____				Welche Version? (siehe Fußzeile)  Welche Version? (siehe Fußzeile)
21.1 Einarbeitungsnachweis		_____	_____			_____	Welche Version? (siehe Kopfzeile)
22.1 AT-Protokolle, Fallbesprechungsprotokolle	Welche Protokolle liegen ein (Datum)?						Haben alle festen AS und festen VT unterschrieben? 1. O ja O nein 2. O ja O nein 3. O ja O nein
23. Mitarbeiter*innen- handzeichenliste		_____	_____			_____	Welche Version? (siehe Kopfzeile)
24. Hygieneanforderungen in der Praxis		_____	_____	_____	_____	_____	Welche Version? (siehe Kopfzeile)

**Folgende Dokumente der Assistenzdokumentation liegen dem Dokumentationscheck DBA bei:**

Dokumente	Anzahl	Zeitraum	Neue Vorlagen erforderlich? (siehe Teamordner)
<b>11. Berichteblätter</b>			
<b>12.1 Maßnahmenprotokolle ärztliche Anordnungen</b>			
<b>12.2 Maßnahmenprotokolle Pflege</b>			
<b>12.3 Maßnahmenprotokolle Haushaltsführung</b>			
<b>13. Medikamentenprotokolle</b>			
<b>14. Protokolle Nahrungs-/ Flüssigkeitsaufnahme und Ausscheidungen</b>			
<b>15. Bewegungs- und Lagerungsprotokolle</b>			
<b>16. Durchführungsprotokolle Beatmung</b>			
<b>19. Schmerzprotokolle</b>			
<b>22. AT und Fallbesprechungen</b>			
<b>23. Mitarbeiter*innenhandzeichenliste des Vorjahrs (nur bei Dokucheck des ersten Quartals entnehmen)</b>			
<b>Weitere Dokumente:</b>			
<b>Anmerkungen:</b>			

Check Notfallmäppchen	vorhanden	vollständig	Ablaufdatum	Was fehlt?
• Notfallmäppchen				
• Beatmungstuch				

<b>Name ASN</b>	<b>Dokumentationscheck Teamordner: Quartal/ Jahr</b>

Teamordner	trifft nicht zu	vorhanden	Neue Vorlagen erforderlich?	Anmerkungen
• <b>LN = Leistungsnachweise</b>				
• <b>DFN = Durchführungsnachweise</b>				
• <b>Personalleasing- Unterlagen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationen für Leasingkräfte zur Assistenzdokumentation</li> <li>• Handzeichen – Einzelerfassung</li> <li>• Verpflichtungserklärung gemäß § 53 BDSB</li> </ul>				
• <b>Urlaubsanträge</b>				
• <b>Anträge für Kommunikationspauschale</b>				
• <b>Anträge SZ kurzfristige Vermittlung</b>				
• <b>AS-Erreichbarkeitsliste</b>				
• <b>Wunsch-Einsatzplan</b>				
• <b>Jahresübersicht Urlaub</b>				

Ort und Datum

Name DBA

Unterschrift DBA

Bearbeitet am / von PFK und EB (Namen, Unterschrift):