

Eine Fallvorstellung ist eine **strukturierte Darstellung** eines Pflegeempfängers durch eine einzelne Pflegekraft oder Auszubildende.

Dabei werden die **wichtigsten Informationen**

- **zur Person**
 - Stammdaten
 - Name, Alter, Geschlecht, Religion, Beruf, Pflegegrad, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht (mit Inhalten)
 - Biografie
 - Lebensgeschichte und wichtige Lebensereignisse (Kindheit, Jugend, Beruf, bedeutende Erlebnisse, Erfolge und Misserfolge)
 - Familiäre Situation
 - Familienstand, wichtige Bezugspersonen, soziale Netzwerke
 - Gewohnheiten und Routinen
 - Essgewohnheiten, Tagesablauf, Hobbys, Vorlieben und Abneigungen
 - Persönliche Werte und Einstellungen
 - religiöse oder kulturelle Hintergründe, Einstellungen zu Gesundheit und Pflege
- **dem Krankheitsbild**
 - Pflegeanlass/Aufnahmediagnose
 - mit Erläuterung der Erkrankung
 - Vorrangige medizinische Diagnosen (wenn Therapien dafür stattfinden und die Pflege durch die Diagnose beeinflusst wird)
 - mit Erläuterung der Erkrankung
 - Aktuelle Krankheitssymptome (auch auffällige Vitalzeichen)
 - medizinische Therapien
 - Medikamente (mit der Indikation, Einnahmebesonderheiten und wenn vorliegend: Nebenwirkungen und Wechselwirkungen)
 - Therapeutische Anwendungen (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie → was machen die genau bei dem Pflegeempfänger, Einreibungen, Kompressionsverbände, Verbandwechsel, usw.)
- **dem Pflegebedarf**
 - anhand der ABEDLs oder der SIS
 - Hilfsmittel, den Pflegebedarfen zugeordnet
 - die geplanten Maßnahmen
 - die **Ziele** der Pflege
 - anstehende Therapien
 - Entlassmanagement
- Besonderheiten der Pflegesituation
 - z.B. räumliche Besonderheiten
 - „Duzen“ usw.

präsentiert.

Ziel: die Situation klar darzustellen und der anderen Person ein genaues Bild des Pflegeempfängers zu geben