|  | Alte Daisbacher Straße 7 a74889 Sinsheim Tel: 07261 946-300Fax: 07261 946-320 | oes-logo, s-w |
| --- | --- | --- |
|  |

Seite 1

**Tätigkeitsbericht 1 BFAHT/3 BFA1/2 BFAHM2**

**Folgende Aufgaben erarbeiten Sie bis zum** **12.12.2019 in der Einrichtung**

1. **Deckblatt**

Titel (z. B. Tätigkeitsbericht), Name und Klasse, Name und Anschrift der Ausbildungseinrichtung

1. **Bericht über eine pflegerische Tätigkeit**
2. Wählen Sie in Absprache mit Ihrem Praxisanleiter/Ihrer Praxisanleiterin eine pflegebedürftige Person aus Ihrer Einrichtung aus. Holen Sie hierfür eine Einverständniserklärung von der betreffenden Person bzw. dem gesetzlichen Betreuer/der Betreuerin ein. Füllen Sie das dafür vorgesehene Formular aus.
3. Informieren Sie sich über die bestehenden Krankheitsbilder der Person. Benennen Sie in den vorgegebenen Beobachtungskriterien die Fähigkeiten und den Unterstützungsbedarf der ausgewählten Person. Verwenden Sie auch hierfür die vorgegebenen Formblätter.
4. Beschreiben Sie folgende pflegerische Tätigkeit: **aktivierende Oberkörperpflege** bei der ausgewählten Person.
	* Erklären Sie was aufgrund der Krankheiten, Fähigkeiten und dem Unterstützungsbedarf bei der Person beachtet werden muss.
	* Beschreiben die Vorbereitung (eigene Vorbereitung, den Bewohner, den Raum, das Material, Durchführung und Nachbereitung) der pflegerischen Tätigkeit.
5. Reflektieren Sie Ihre Erfahrung bei der Bearbeitung der Aufgabenstellung (Machen Sie mindestens je 2 Angaben):
	* Was haben Sie gelernt?
	* Was bereitet Ihnen noch Schwierigkeiten?
6. **Quellenverzeichnis**

Führen Sie alle Quellen auf, die Sie für den Bericht verwendet haben: Bücher, Internetquellen, Broschüren und Fotos. Weitere Hinweise siehe Seite 3.

|  | Alte Daisbacher Straße 7 a74889 Sinsheim Tel: 07261 946-300Fax: 07261 946-320 | oes-logo, s-w |
| --- | --- | --- |
|  |

Seite 2

1. **Formale Gestaltung**
* Der Tätigkeitsbericht kann **handschriftlich** oder mit dem **Computer** erstellt werden.
* **Seitenrand** rechts und links 2,5 cm; oben und unten 2 cm (gilt für beide Vorgehensweisen)

**Wenn Sie mit dem Computer schreiben, beachten Sie die folgenden Kriterien:**

* + Zeilenabstand: 1,5-fach
	+ Schriftart und -größe: Calibri, 11 pt; Garmond, 12 pt; Überschriften maximal 14 pt
	+ Druckfarbe: schwarz

**Für die handschriftliche Erstellung gelten folgende Kriterien:**

* + Verwenden Sie einen Füller/Kugelschreiber in der Farbe Schwarz oder Blau.
	+ Achten Sie auf eine schöne Schrift, die gut lesbar ist.
* Schreiben Sie immer in **ganzen Sätzen**. Schreiben Sie bei jedem Gliederungspunkt einen **zusammenhängenden Text**! (Fließtext)
* **Seitenzahlen** einfügen (auch von Hand).
* Heften Sie den Bericht in einen **Schnellhefter** oder einen **Klemmordner** ein.
* Benutzen Sie keine Dokumentenhüllen.
* Sie können auch Broschüren oder Fotos der Einrichtung beifügen (Datenschutz beachten!).
* Bewertet werden neben dem **Inhalt** auch die **sprachliche** und **äußere Gestaltung** des Tätigkeitsberichtes.
1. **Datenschutz**

Im Tätigkeitsbericht dürfen die Namen der Bewohner und Patienten nicht genannt werden. Abkürzungen wie beispielsweise H. M. sind erlaubt.

1. **Hinweis zum Abgabetermin**

**Wird der Tätigkeitsbericht nicht zum oben genannten Termin abgegeben, wird der Tätigkeitsbericht mit der Note „ungenügend“ (6) bewertet.**

1. **Versicherungserklärung**

Schreiben Sie diese Versicherungserklärung ab und legen Sie diese als letzte Seite in Ihren Tätigkeitsbericht. Unterschreiben Sie die Versicherungserklärung.

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig angefertigt habe und wörtliche oder sinngemäße Zitate als solche gekennzeichnet habe.

Außer den genannten Quellen habe ich keine Hilfsmittel verwendet.

Im Bereich Sprache hatte ich Hilfe von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift

|  | Alte Daisbacher Straße 7 a74889 Sinsheim Tel: 07261 946-300Fax: 07261 946-320 | oes-logo, s-w |
| --- | --- | --- |
|  |

Seite 3

**Hinweise zum Quellenverzeichnis**

Führen Sie alle Quellen auf, die Sie für den Bericht verwendet haben: Bücher, Internetquellen, Broschüren und Fotos.

**Beispiele für korrekte Quellenangaben**

* **Gelesene Literatur**

Fachbücher:

Thiemes Altenpflege, 3. Auflage; Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York; 2011, S. …

Broschüren/Flyer:

Hochschule Kempten (University of Applied Sciences): Geriatrische Therapie, Rehabilitation und Pflege, Bachelor of Science; Hochschule für angewandte Wissenschaften Kempten (Allgäu), 2018

* **Mündliche Informationen**

Mit Angabe des Informanten

z. B. Sohn von Frau H., Stationsleitung Frau L., usw.

* **Internetquelle**

<http://www.praxis-altenpflege.com/dekubitusprophylaxe/dekubitusprophylaxe-so-liegen-ihre-pflegekunden-richtig/dekubitusprophylaxe-so-liegen-ihre-pflegekunden-richtig.html>

Stand: 23. Juli 2013

1. **Anhang**

Bilder und Broschüren können in den Anhang aufgenommen werden.

|  | Alte Daisbacher Straße 7 a74889 Sinsheim Tel: 07261 946-300Fax: 07261 946-320 | oes-logo, s-w |
| --- | --- | --- |
|  |

Seite 4

|  |
| --- |
| **Bewertung des Tätigkeitsberichtes 1BFAHT/3BFA1/ 2BFAHM2** |
|  | **max. P.** | **Punkte** |
| **Formularblätter: Krankheitsbilder** | **2** |  |
| **Formularblätter: Beobachtungskriterien** | **12** |
| **Oberkörperpflege: Beschreibung der Pflegesituation** | **20** |
| **Reflexion** | **8** |
| **Formale Gestaltung und Deckblatt** | **10** |  |
| * Quellenangabe
 |  |
| * Vorgaben (Seitenrand; Schriftart; Schriftgröße usw.)
 |  |
| **Sprache** (Rechtschreibung, Zeichensetzung, Grammatik, Satzbau, Fachsprache) | **10** |
| **Gesamtpunktzahl**: | **62** |  |
| **Abzug:** fehlt eine Unterschrift: 5 P. Abzugbei 2 oder mehr fehlenden Unterschriften 10 P. Abzug |  |  |
| **Gesamtpunktzahl nach Abzug:** |  |  |
| **Note** |  |  |

|  | Alte Daisbacher Straße 7 a74889 Sinsheim Tel: 07261 946-300Fax: 07261 946-320 | oes-logo, s-w |
| --- | --- | --- |
|  |

Seite 5

**Unterschriften für Tätigkeitsbericht**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name des/der Auszubildenden** |       |
| **Anschrift der Pflegeeinrichtung** |       |
|  |       |
| **Abteilung/Wohnbereich/Station** |       |

**Einverständniserklärung**

Der Tätigkeitsbericht ist nach § 7 Abs. 2, Satz 1 APrOAltPfl/ § 12 Abs. 6 APrOAltPflHi/ § 12 Abs. 5 Schulversuchsbestimmungen der Zweijährigen Berufsfachschule für Altenpflegehilfe in der Ausbildungs- und Prüfungsordnung festgelegt.

**Unterschriften:** In jedem Abschnitt muss mindestens eine originale Unterschrift vorhanden sein und zur Unterschrift der Name in Druckbuchstaben.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zutreffende Funktion bitte mit 🗵 markieren!** | **[ ]  Heimleitung/Abteilungsleitung** **[ ]  Pflegedienstleitung****[ ]  Wohnbereichsleitung** | Datum/Unterschrift |
| Name in Druckbuchstaben |
|  |  |
| **[ ]  Stationsleitung****[ ]  Mentor/-in / Praxisanleiter/-in** | Datum/Unterschrift |
| Name in Druckbuchstaben |
|  |  |
| **[ ]  Bewohner/-in****[ ]  Patient/-in / Klient/-in****[ ]  Betreuer/-in** | Datum/Unterschrift |
| Name in Druckbuchstaben |

|  | Alte Daisbacher Straße 7 a74889 Sinsheim Tel: 07261 946-300Fax: 07261 946-320 | oes-logo, s-w |
| --- | --- | --- |
|  |

Seite 6

|  |
| --- |
| **Typische Krankheitsbilder** |
| **Erkrankungen** | **Ja** | **Nein** |
| Demenz | [ ]  | [ ]  |
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen bspw.* Einschränkung/Herzinsuffizienz der Herzleistung
* Herzrhythmusstörungen/Unregelmäßiger Puls
* Herzinfarkt
 | [ ]  | [ ]  |
| Schlaganfall* mit Halbseitenlähmung (Hemiparese)
* mit Sprachstörungen (Aphasie)
 | [ ]  | [ ]  |
| Diabetes mellitus | [ ]  | [ ]  |
| Erkrankungen des Bewegungsapparates bspw.* Gelenkverschleiß (Arthrosen)
* Knochenbrüche (Frakturen)
* künstliche Gelenke (Endoprothesen)
* Amputationen
 | [ ]  | [ ]  |
| Erkrankungen der Niere  | [ ]  | [ ]  |
| Krebserkrankungen | [ ]  | [ ]  |
| M. Parkinson | [ ]  | [ ]  |
| Sonstiges: | [ ] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Alte Daisbacher Straße 7 a74889 Sinsheim Tel: 07261 946-300Fax: 07261 946-320 | oes-logo, s-w |
|  |

Seite 7

**Formblätter zu den Beobachtungskriterien**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Beobachtungskriterien in Bezug auf** | **Unterstützungsbedarf**(In welchen Bereichen benötigt die Person Unterstützung durch die Pflegekraft?) | **Vorhandene Fähigkeiten des Patienten/Bewohners**(Kann die Person Teilbereiche noch selbst ausführen?) |
| **Körperpflege durchführen** |       |       |
| **Kleidung an- bzw. ablegen** |       |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Alte Daisbacher Straße 7 a74889 Sinsheim Tel: 07261 946-300Fax: 07261 946-320 | oes-logo, s-w |
|  |

Seite 8

**Formblätter zu den Beobachtungskriterien**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Beobachtungskriterien in Bezug auf** | **Unterstützungsbedarf**(In welchen Bereichen benötigt die Person Unterstützung durch die Pflegekraft?) | **Vorhandene Fähigkeiten des Patienten/Bewohners**(Kann die Person Teilbereiche noch selbst ausführen?) |
| **Gespräche führen** |       |       |
| **Bewegungen durchführen können** |       |       |