

Fragebogen für Lagerungshilfen	
<u>Modell:</u>	
<u>Füllung:</u>	
Funktion: Weichlagerung zur Dekubitusprophylaxe und Therapieunterstützung	

Eingesetzte Lagerungshilfen:	_____		
Eingesetzter Matratzentyp:	_____		
Testbeginn:	_____	Testende:	_____
Lagerungsintervalle:	_____		

Geschlecht:	Alter:	Gewicht in Kg	Nortoneinstufung Bienenstein/Braden
_____	_____	_____	_____

Kurzbeschreibung des Bewohners: (z.B. Ernährungszustand, Mobilität, Kontrakturen usw.)

Hautzustand vor dem Test:	Hautzustand nach dem Test:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Liegedauer pro Tag:	_____	Stunden
---------------------	-------	---------

Qualitätseindruck:	sehr gut	gut	weniger gut	
Reinigung / Desinfektion:	sehr gut	gut	weniger gut	
Handhabung:	sehr gut	gut	weniger gut	
Liegekomfort:	sehr gut	gut	weniger gut	
Lagerungsmöglichkeiten:	sehr gut	gut	weniger gut	

Pflegeeinrichtung / Ort:	_____
Pflegepersonal:	_____
Name des Bewohners / Patienten:	_____