KOSTENLOSES ARBEITSHEFT · PFLEGE

Pflegeplanung Pflegeprozess PESR und SIS®

Deutschland · Beispiele, Lösungen und Druckvorlagen

01 Pflegeprozess in sechs Lernschritten

02 Ausgefüllte Pflegeplanung und Ziele

03 Pflegebericht und Strukturmodell

04 Fälle, 10 Aufgaben, Musterlösungen

Originales Unterrichtsmaterial · Ausgabe 2026 · 25 Seiten

So benutzt du das Arbeitsheft

25 Seiten mit Fällen, Aufgaben, Antworten und kopierfreien Arbeitsblättern

Dieses Heft begleitet die Pflegeausbildung in Deutschland. Es erklärt die Verbindung zwischen Informationssammlung, pflegerischem Problem, Ressourcen, Ziel, geplantem Vorgehen und Evaluation. Die Beispiele sind frei erfunden und keine Behandlungsvorschläge für reale Personen.

Lernweg in fünf Schritten

- Lesen: Zuerst den ganzen Fall erfassen, nicht nach einem Etikett suchen.
- Trennen: Berichte der Person, konkrete Beobachtungen und offene Fragen auseinanderhalten.
- Planen: Ziel und gewünschte Unterstützungsbedingungen begründen.
- Prüfen: In der Evaluation nur Ergebnisse eintragen, die tatsächlich im Übungsfall vorliegen.
- Nacharbeiten: Musterantworten vergleichen und eigene Irrtümer erklären.

Wichtig: Das Heft enthält weder eine vollständige NANDA-I-Klassifikation noch offizielle SIS®-Formulare. Für fachliche Entscheidungen gelten Ausbildungskontext, institutionelle Regelungen, autorisierte Nachschlagewerke und professionelle Verantwortung.

Pflegeprozess: sechs didaktische Lernschritte

Ein wiederkehrender Prozess, keine bloße Ausfüllroutine

1. Informationen sammeln

Wünsche und Aussagen der Person, Beobachtungen, vorhandene Fähigkeiten und fehlende Daten aufnehmen.

2. Probleme und Ressourcen erkennen

Pflegerische Bedarfe begründen; unbekannte Ursachen nicht als Tatsachen darstellen.

3. Ziele festlegen

Eine beobachtbare Veränderung unter nachvollziehbaren Bedingungen benennen.

4. Maßnahmen planen

Aus dem Bedarf und den Ressourcen ein fachlich begründetes Vorgehen entwerfen.

5. Durchführen und dokumentieren

Erst tatsächliche Durchführung als erfolgt dokumentieren.

6. Evaluieren

Neue Daten mit der Ausgangslage vergleichen und die Planung überprüfen.

Die sechs Schritte sind eine verbreitete Unterrichtsgliederung. Das PflBG regelt Pflegeprozessverantwortung, aber schreibt damit nicht exakt sechs Tabellenschritte als einzig zulässiges Modell vor.

Pflegeprozess und gesetzliche Verantwortung

PflBG §§ 4 und 5 in verständlicher Einordnung

Was ist Pflegeprozessverantwortung?

§ 4 PflBG nennt vorbehaltene Aufgaben, etwa das Feststellen des individuellen Pflegebedarfs und die Planung der Pflege, die Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse und Evaluation der Pflegequalität. § 5 beschreibt Kompetenzen und Ziele der Ausbildung.

Was steht dort nicht?

- Keine gesetzliche Pflicht, genau das PESR-Schema als einzigen Formulierungsweg zu nutzen.
- Keine Verpflichtung, eine einzelne kommerzielle Diagnosenklassifikation zu verwenden.
- Keine Berechtigung, offizielle SIS®-Formulare in beliebige selbst gebaute Systeme zu kopieren.

Für Lernende

Beginne mit einer konkreten Versorgungssituation und begründe die gewählten Schritte. Unterschiedliche Unterrichtsmodelle helfen beim Strukturieren, dürfen aber nicht als identische Dokumentationssysteme dargestellt werden.

Quelle: Pflegeberufegesetz, §§ 4 und 5 — gesetze-im-internet.de/pflbg; sowie BIBB-Rahmenpläne für die Pflegeausbildung.

Fall A: Ausgangssituation und Sicht der Person

Fiktive Frau M. — Ankleiden als Alltagsaktivität

Frau M. ist nach einem kurzen stationären Aufenthalt wieder zu Hause. Sie sagt: „Ich möchte morgens meine Jacke selbst schließen. Das ist im Moment schwierig.“ Im Unterrichtsfall beobachtet eine Lehrperson, dass sie den Reißverschluss öffnen kann, beim Schließen aber Hilfe benötigt. Weitere Diagnosen, Schmerzen, Hilfsmittel und ein späteres Ergebnis werden nicht genannt.

Gesicherte Informationen

- Der persönliche Wunsch wird durch eine wörtliche Aussage deutlich.
- Ein Teil der Handlung gelingt: Jacke öffnen.
- Beim Schließen ist in der dokumentierten Übung Unterstützung erforderlich.

Was fehlt?

- Ausgangsniveau vor dem Aufenthalt und Bedingungen der Beobachtung.
- Einflussfaktoren und vorhandene Hilfen, soweit fachlich relevant.
- Eine zweite Beobachtung unter vergleichbaren Bedingungen.

Unzulässig wäre: „Frau M. ist wegen Schmerzen gelähmt“. Dafür enthält das Fallbeispiel keine Information.

PESR am Fall A erklärt

Problem · Einflussfaktoren · Symptome · Ressourcen

P — Problem

Didaktischer Arbeitsbegriff: Unterstützung beim Schließen der Jacke nötig. Eine formale standardisierte Diagnose wird nicht festgelegt.

E — Einflussfaktoren

Die Ursache ist nicht bekannt. „Schwäche“ oder „Schmerzen“ dürfen nicht ohne entsprechende Daten ergänzt werden.

S — Symptome bzw. beobachtete Merkmale

Beobachtete Hilfe beim Schließen; Bericht über die persönliche Schwierigkeit beim Ankleiden. Quelle und Zeitpunkt sollen im Unterricht erkennbar bleiben.

R — Ressourcen

Die Person äußert ihren Wunsch und kann den Verschluss öffnen. Über weitere motorische Funktionen liegen keine Informationen vor.

Lernnotiz: PESR hilft, Aussagen zu ordnen. Es ist weder ein offizieller NANDA-I-Code noch die Strukturierte Informationssammlung (SIS®).

Pflegeplanung Beispiel: ausgefüllter Fall A

Nicht nur Felder, sondern ein nachvollziehbarer Zusammenhang

Ausgangslage

Wunsch nach Selbstständigkeit beim Jackenverschluss; Unterstützung beim Schließen in der Lehrsituation beobachtet. Fähigkeit zum Öffnen ist dokumentiert.

Pflegerischer Bedarf im Unterricht

Begrenzte selbstständige Durchführung einer konkreten Alltagsaktivität, deren Einflussfaktoren erst noch genauer geklärt werden müssen.

Überprüfbares Ziel

Beim nächsten vereinbarten, dokumentierten Übungsversuch wird festgehalten, ob Frau M. den Verschluss unter vergleichbaren Bedingungen ausführt und welche Unterstützung sie benötigt.

Geplantes Vorgehen

Individuelle Ausgangslage und Bedingungen klären; eine angemessene Unterstützungsplanung ausschließlich im fachlichen Kontext der Übung begründen.

Evaluation

Noch keine zweite Beobachtung angegeben: Ergebnis steht aus. Es darf kein bereits eingetretener Erfolg behauptet werden.

Ein Pflegeplan ist nicht automatisch eine dokumentierte Durchführung. Vorhaben, Handlung und Ergebnis müssen unterscheidbar bleiben.

Pflegeziele präzise formulieren

Sechs Fragen für einen überprüfbaren Entwurf

Wer?

Die betroffene Person und ihre Perspektive sollen erkennbar sein.

Was genau?

Eine benennbare Alltagstätigkeit statt „besser zurechtkommen“.

Unter welchen Bedingungen?

Ort, Hilfsmittel oder Unterstützung, soweit im Fall bekannt.

Woran erkennbar?

Ein beobachtbares Kriterium, das eine andere Person nachvollziehen kann.

Wann prüfen?

Ein im Unterricht vereinbarter Zeitpunkt, nicht bloß „bald“.

Wie auswerten?

Vergleich der späteren Beobachtung mit der Ausgangslage.

Schwach: „Selbstständigkeit steigern.“ Besser: „Im nächsten dokumentierten Übungsversuch die beim Jackenverschluss erforderliche Unterstützung vergleichen.“

Maßnahmen: Planung ist nicht Durchführung

Gleiche Tätigkeit – unterschiedliche Dokumentation

Zuerst begründet planen

Im Unterrichtsentwurf werden Voraussetzungen, Sicherheitsaspekte und mögliche Hilfeformen beschrieben, ohne aus dem Lehrfall eine konkrete reale Pflegeanordnung abzuleiten.

Dann tatsächlich durchgeführte Schritte erfassen

Eine Maßnahme erscheint erst dann als durchgeführt, wenn der Übungsfall die Durchführung ausdrücklich nennt. Ein Plan mit dem Wort „Training“ ist kein Nachweis, dass Training stattgefunden hat.

Schließlich auf Ergebnisse zurückkommen

Wenn später keine Beobachtung vorliegt, kann die Evaluation nicht „Ziel erreicht“ lauten. Das ist keine unvollständige Antwort, sondern eine fachlich wichtige Unterscheidung.

Prüffrage: Kannst du bei jedem Satz erkennen, ob er einen Plan, eine Handlung oder einen festgestellten Verlauf beschreibt?

Pflegebericht: sachlich und zeitlich nachvollziehbar

Kein Ersatz für das EinSTEP-Berichteblatt

Fall A als Unterrichtsbericht

„08:15 Uhr: Frau M. berichtet, dass das morgendliche Ankleiden länger dauert. 08:30 Uhr: Beim Jackenverschluss in der Übung Hilfe erforderlich. Jacke öffnen gelingt laut Fallkarte. Weitere Beobachtung noch nicht erfolgt.“

Schwache Formulierungen

- „Patientin heute schlecht.“ — Keine konkrete Beobachtung und kein Bezugspunkt.
- „Nach Training alles selbstständig.“ — Eine Durchführung und ein Erfolg werden behauptet, die der Fall nicht belegt.
- „Kein Problem.“ — Übersieht den dokumentierten Hilfebedarf.

Merksatz

Ein Bericht identifiziert Quelle und Kontext. Eine Evaluation beurteilt Ergebnisse im Verhältnis zu einem Ziel. Beides darf nicht mit bloßen Vermutungen gefüllt werden.

EinSTEP-Berichteblatt: Im Strukturmodell liegt der Fokus auf Abweichungen und wesentlichen Veränderungen im Verlauf – nicht auf dem pauschalen Abschreiben aller Routinen.

Pflegebericht schreiben: drei Übungen

Bericht der Person, Beobachtung und unzulässige Annahme

1. Aussage der Person

„Heute brauche ich beim Anziehen länger als sonst.“ Kennzeichne das als berichtete Angabe, nicht als objektiven Messwert.

2. Beobachtung

„Beim Schließen der Jacke wurde in der fiktiven Übung Unterstützung benötigt.“ Das beschreibt eine konkret vorliegende Beobachtung.

3. Nicht belegter Befund

„Aufgrund der Parkinson-Erkrankung nicht selbstständig.“ Das führt eine Erkrankung ein, die im Fall nicht erwähnt wird, und darf deshalb nicht übernommen werden.

Aufgabe

Schreibe zwei Sätze für einen Unterrichtsbericht. Verwende ausschließlich die Angaben aus Fall A. Markiere anschließend, welcher Satz subjektiv und welcher beobachtet ist.

Vergleiche deine Lösung mit dem Kapitel „Pflegebericht Beispiel“ in der NandaBase-Lernbibliothek.

Evaluation: Was darf als Ergebnis gelten?

Fall A ohne und mit späterer Beobachtung

Variante 1: keine Folgeerhebung

„Eine spätere Beobachtung fehlt. Das im Plan beschriebene Ziel kann noch nicht bewertet werden.“ Das ist die korrekte Unterrichtslösung, wenn keine weiteren Daten geliefert werden.

Variante 2: neue fiktive Information

Die Lehrperson ergänzt später: „Frau M. schloss den Jackenverschluss im zweiten Versuch unter dokumentierten Bedingungen ohne direkte Hilfe.“ Nun darf die konkrete Teilhandlung verglichen werden; andere Tätigkeiten sind dadurch nicht automatisch besser.

Interpretation

Der Vergleich betrifft nur den Jackenverschluss im definierten Übungssetting. Er belegt keine allgemeine Besserung des Gesundheitszustands. Wird das Ziel verfehlt, wäre eine erneute fachliche Einschätzung statt einer erfundenen Erfolgsmeldung erforderlich.

Die Evaluation gehört zum Pflegeprozess. Sie benötigt neue, vergleichbare Daten und kann eine neue Planung auslösen.

SIS® und Strukturmodell verstehen

Die vier EinSTEP-Elemente — keine frei kopierbare SIS®-Vorlage

1. Strukturierte Informationssammlung (SIS®)

Informationen zur Sicht der Person und zur fachlichen Einschätzung werden strukturiert gesammelt; Einstieg in das dokumentationsbezogene Strukturmodell.

2. Individueller Maßnahmenplan

Maßnahmen werden aus der individuellen Informationssammlung abgeleitet und im fachlichen Zusammenhang geplant.

3. Berichteblatt

Relevante Veränderungen, Abweichungen und Ereignisse dokumentieren; keine unnötige Doppelung aller Routinen.

4. Evaluation

Gezielte Überprüfung der Versorgung und bei Bedarf Anpassung der Planung.

Nach EinSTEP bilden Strukturmodell und SIS® eine Einheit. Das hier ist eine eigene Übersicht, kein Originalformular oder lizenzierter SIS®-Ersatz.

SIS, PESR und Pflegeprozess vergleichen

Drei verschiedene Fragen – drei unterschiedliche Zwecke

Pflegeprozess

„Wie wird eine individuelle Situation fachlich eingeschätzt, geplant, umgesetzt und überprüft?“ Es geht um professionelles Handeln und die Verantwortung dafür.

PESR

„Wie kann ich eine Problembeschreibung mit Faktoren, Merkmalen und Ressourcen für eine Unterrichtsaufgabe ordnen?“ Es ist eine didaktische Formulierungshilfe.

SIS® / Strukturmodell

„Wie werden Informationen, individueller Maßnahmenplan, Berichteblatt und Evaluation in einem konkreten Dokumentationskonzept strukturiert?“ Die originale SIS® ist Teil dieses Systems.

Für die Prüfung

- PESR ist kein offizielles SIS®-Feld.
- Die bloße Nennung einer NANDA-I-Diagnose ersetzt keinen Pflegeprozess.
- Ein selbst erstelltes Arbeitsblatt darf nicht als offizielle SIS® bezeichnet werden.

Offizielle Informationen: ein-step.de/strukturen sowie ein-step.de/downloads.

NANDA-I: Pflegediagnosen richtig einordnen

Klassifikationen sind kein Ersatz für Pflegebedarfserhebung

NANDA-I bietet eine geschützte Klassifikation standardisierter Pflegediagnosen. Im Unterricht kann diese bei entsprechender Erlaubnis und anhand des offiziellen Buches verwendet werden. Sie ersetzt aber nicht die Erhebung des individuellen Pflegebedarfs und keine institutionell vorgegebenen Dokumentationsschritte.

Fall A

Bekannt ist ein begrenzter Unterstützungsbedarf beim Schließen einer Jacke. Nicht bekannt sind die Ursachen und andere Alltagstätigkeiten. Aus dem Fall lässt sich deshalb keine genaue offizielle Diagnose samt Code zuverlässig ableiten.

NANDA, PESR, SIS®

- NANDA-I: standardisierte Diagnosebezeichnungen in einer lizenzierten Klassifikation.
- PESR: Struktur der Unterrichtsformulierung.
- SIS®: dokumentationsbezogener Einstieg im EinSTEP-Strukturmodell.

Dieses Arbeitsheft ist kein kostenloser NANDA-I-Diagnosenkatalog. Offizielle Publikation und Lizenzhinweise: nanda.org/nanda-book und nanda.org/use-and-licensing.

Fall B: Dokumentation und Veränderung

Fiktiver Herr K. — sicherer Bericht statt vorschneller Diagnose

Herr K. sagt in der Lehrsituation: „Ich fühle mich beim Treppensteigen unsicher.“ Die Fallkarte beschreibt keine Beobachtung der Fortbewegung, keine Begleitung und keine Hilfsmittel. Später ergänzt die Lehrperson als neuen Fakt: „Herr K. beschreibt die Unsicherheit auch beim zweiten Gespräch; eine praktische Beobachtung fand nicht statt.“

Was liegt vor?

- Ein berichtetes Gefühl der Unsicherheit, zu zwei Zeitpunkten.
- Keine beobachtete Einschränkung beim Treppensteigen.
- Keine Information über Ursachen oder eine konkret erforderliche Hilfe.

Was wäre ein Fehler?

Eine bestätigte Sturzrisiko-Diagnose, gemessene Kraft oder tatsächliche Unterstützung aus diesen Angaben abzuleiten. Das zweite Gespräch ist ein neuer Bericht, aber noch keine praktische Beobachtung.

Aufgabe: Formuliere zwei getrennte Berichtssätze und eine fachlich sinnvolle offene Frage für die nächste Unterrichtserhebung.

Fall B: Pflegeplanung als Unterrichtsmodell

Warum der Fall nicht mit einer Diagnose beginnt

Informationen

Herr K. berichtet Unsicherheit bei einer definierten Aktivität. Eine praktische Beobachtung und Informationen zu verfügbaren Ressourcen fehlen.

Arbeitshypothese

Die Situation könnte Unterstützung oder weitere Einschätzung erfordern. Ohne weitere Daten wird keine standardisierte Diagnose und kein individueller Maßnahmenbefehl abgeleitet.

Lernziel

Bei einer späteren dokumentierten Übung festhalten, wie Herr K. die konkrete Treppensituation wahrnimmt und ob eine Beobachtung unter abgesicherten Bedingungen stattgefunden hat.

Evaluation

Das zweite Gespräch bestätigt nur die weiterhin berichtete Unsicherheit. Ob sich die tatsächliche Aktivität verändert hat, bleibt offen.

Ein neues Gespräch kann einen Verlauf der Wahrnehmung beschreiben; es ist kein Beweis über eine nicht beobachtete motorische Leistung.

Prüfungsaufgaben 1–5

Schreibe zuerst selbst; die Lösungen stehen auf Seite 20

1. Welche Information aus Fall A ist eine gesicherte Beobachtung?

Notiere eine konkrete und begründete Antwort.

2. Warum darf E im PESR-Beispiel nicht mit „Schwäche“ gefüllt werden?

Notiere eine konkrete und begründete Antwort.

3. Formuliere ein überprüfbares Ziel für den Jackenverschluss.

Notiere eine konkrete und begründete Antwort.

4. Wann darf im Pflegebericht „Training durchgeführt“ stehen?

Notiere eine konkrete und begründete Antwort.

5. Welche vier Elemente gehören zum EinSTEP-Strukturmodell?

Notiere eine konkrete und begründete Antwort.

Vermeide frei erfundene Krankheitsnamen, Laborwerte oder Maßnahmen. Aus dem Lerntext muss erkennbar sein, welcher Satz eine Beobachtung belegt.

Prüfungsaufgaben 6–10

Die zweite Hälfte prüft Unterschiede zwischen den Konzepten

6. Welcher Fehler steckt in „Patientin heute schlecht“?

Schreibe eine kurze Antwort mit einem konkreten Argument.

7. Ist PESR das gleiche wie SIS®? Begründe in einem Satz.

Schreibe eine kurze Antwort mit einem konkreten Argument.

8. Warum ist die medizinische Diagnose nicht automatisch die Pflegediagnose?

Schreibe eine kurze Antwort mit einem konkreten Argument.

9. Was kann man aus dem zweiten Gespräch mit Herrn K. ableiten?

Schreibe eine kurze Antwort mit einem konkreten Argument.

10. Was regelt § 4 PflBG in Bezug auf den Pflegeprozess?

Schreibe eine kurze Antwort mit einem konkreten Argument.

Prüfe anschließend nicht nur, ob das Stichwort stimmt, sondern ob die Begründung auf vorhandenen Informationen beruht.

Musterlösungen 1–5

Warum diese Antworten zum Fall passen

1. Gesicherte Beobachtung

In der fiktiven Übung wurde Hilfe beim Schließen der Jacke benötigt. Davon zu trennen ist der persönliche Bericht.

2. E bleibt offen

Der Fall nennt keine nachgewiesene Ursache; eine vermutete Schwäche wäre hinzugefügt, nicht dokumentiert.

3. Ziel

Beim nächsten dokumentierten Übungsversuch die beim Schließen benötigte Hilfe unter vergleichbaren Bedingungen erfassen.

4. Durchführung

Erst wenn die Lehrsituation die Durchführung wirklich nennt und die Dokumentation diese Angaben trägt.

5. Vier Elemente

SIS®, individueller Maßnahmenplan, Berichteblatt und Evaluation – als EinSTEP-Strukturmodell.

Eine knappe richtige Antwort ohne Begründung ist für eine Fallanalyse weniger wertvoll als die sauber begründete Unterscheidung von Fakt, Annahme und Ergebnis.

Musterlösungen 6–10

Begriffe und rechtliche Einordnung

6. Pauschal und unklar

Es fehlen Situation, Zeitpunkt, Quelle und konkrete Beobachtung; die Bewertung kann nicht nachvollzogen werden.

7. Nicht gleichzusetzen

PESR ist ein didaktisches Formulierungsraster; SIS® ist Teil eines dokumentationsbezogenen Strukturmodells.

8. Andere fachliche Frage

Eine medizinische Diagnose beschreibt Krankheit; eine pflegerische Beurteilung benötigt eigene Daten über Bedürfnisse, Reaktionen und Ressourcen.

9. Nur fortbestehender Bericht

Die Unsicherheit wurde erneut geäußert. Es gibt weiterhin keine beobachteten Daten über die tatsächliche Aktivität.

10. Pflegeprozessverantwortung

§ 4 enthält vorbehaltene Aufgaben: Pflegebedarf feststellen und planen, Pflegeprozess steuern sowie Pflegequalität analysieren und evaluieren.

Beachte: Schul- und Praxiscurricula können zusätzliche Anforderungen an Formulierungen und Dokumentation enthalten. Diese Musterlösungen sind nur didaktische Beispiele.

Arbeitsblatt 1: Informationssammlung

Nur fiktive Daten eintragen – Vorlage zum Ausdrucken

Wörtliche Aussage und Wunsch

Konkrete Beobachtungen

Ressourcen und bekannte Bedingungen

Welche Informationen fehlen?

Arbeitsblatt 2: Pflegeplanung

Problem, Ressourcen, Ziel und Maßnahmenplanung

Begründeter Bedarf / P (ohne ungeprüften Code)

Beobachtete Merkmale / S und Ressourcen / R

Einflussfaktoren / E (nur wenn belegt)

Konkretes Ziel mit Kriterium und Zeitpunkt

Geplantes Vorgehen und Begründung

Arbeitsblatt 3: Bericht und Evaluation

Verwechsle nicht Durchführung mit einem Plan

Zeit, Kontext und Quelle

Berichtete und beobachtete Daten getrennt

Tatsächlich dokumentierte Handlung

Spätere Beobachtung und Vergleich

Offene Fragen / neue Planung

Quellen, Einordnung und Grenzen

Offizielle Informationen zum Nachlesen

- Pflegeberufegesetz (PflBG), §§ 4–5: www.gesetze-im-internet.de/pflbg/ – Pflegeprozessverantwortung und Ausbildungsziele.
- Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB): www.bibb.de/de/216384.php – Rahmenpläne für die Pflegeausbildung.
- EinSTEP: www.ein-step.de/strukturen – vier Elemente des Strukturmodells, Maßnahmenplan, Berichteblatt, Evaluation.
- EinSTEP-Lizenzen: www.ein-step.de/downloads – Hinweise zur Verwendung von SIS® und offiziellen Formularen.
- INKA / NANDA-I: www.nanda.org/nanda-book/ und /use-and-licensing/ – Klassifikation und Nutzungsbedingungen.

Was du mit diesem Heft tun kannst

Übe methodisches Denken, schreibe frei formulierte Unterrichtsentwürfe, dokumentiere fiktive Fälle und nutze die druckbaren Blätter. Die Beispiele ersetzen weder eine Fachbeurteilung, das Dokumentationssystem einer Einrichtung noch offizielle klassifikatorische Begriffe.

Alle Inhalte sind für Lernzwecke frei formuliert. Fachlich verbindliche Entscheidungen, Dokumentation und Formulare folgen den aktuellen offiziellen Vorgaben und den Verantwortlichkeiten der Pflegefachpersonen.