

24-Stunden-Protokoll

Name: _____

Uhrzeit	6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	0:00	1:00	2:00	3:00	4:00	5:00
Datum																								
Uhrzeit	6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	0:00	1:00	2:00	3:00	4:00	5:00

erste Zeile: Schlafphasen Wachphasen Unruhe Schreien Mahlzeiten

zweite Zeile: **Ausmaß der Unruhe:**
1 leicht 3 stark
2 mäßig 4 sehr stark **Weitere auftretende Symptome**
S Schmerz Sp Spastik ↗ Krampfanfall
Dyspnoe Erbrechen/ Obstipation **Beispiele für mögliche Situationen**
Mutter anwesend, Pflege durchgeführt, Musiktherapie, PEG,
Kanüle gewechselt, neues Gerät genutzt, neuer Rollstuhl, ...