

Informationsbogen: Patient mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus

(Name)

Adresse des Patienten:	.....
Angehöriger:	.....
	<input type="checkbox"/> (Ehe-)Partner <input type="checkbox"/> Sohn/Tochter
	<input type="checkbox"/> anderer
Adresse des Angehörigen:	.....
Telefon:	.....
Rechtlicher Betreuer:	.....
Adresse des Betreuers:	.....
Telefon:	.....
Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht:	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden

Kontaktaufnahme erwünscht bei ...

<input type="checkbox"/> zunehmender Unruhe des Kranken	<input type="checkbox"/> Einleitung von Schutzmaßnahmen
<input type="checkbox"/> fehlender Kooperation in Pflegesituationen	<input type="checkbox"/> Problemen bei der Nahrungs-/ Flüssigkeitsaufnahme

Sonstiges:

<input type="checkbox"/> rund um die Uhr	<input type="checkbox"/> nur von bis Uhr
--	--

<input type="checkbox"/> Angehöriger	<input type="checkbox"/> Betreuer
--------------------------------------	-----------------------------------

Wichtig im Kontakt mit dem Kranken sind:

Religion:	.....
Regionale Herkunft / Heimat:	.....

weiter:

Wichtig im Kontakt mit dem Kranken sind:

Muttersprache/ Dialekt:	.....
Ehemaliger Beruf (z.B. Handwerk):	.....
Stolz/ Bedeutsames:	.....

Einschränkungen Sehen:

<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer	<input type="checkbox"/> Brille vorhanden
---------------------------------	---------------------------------	---

Einschränkungen Hören:

<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer	<input type="checkbox"/> Hörgerät vorhanden
---------------------------------	---------------------------------	---

Verstehen von Sprache: Das Sprachverständnis ist ...

<input type="checkbox"/> weitgehend erhalten	<input type="checkbox"/> kurze Fragen werden verstanden	<input type="checkbox"/> sehr eingeschränkt, z.B. auf prägnante Worte
<input type="checkbox"/> Sprachverständnis fehlt	<input type="checkbox"/> Gesten werden verstanden	

Sprach- und Sprechfähigkeit ist ...

<input type="checkbox"/> weitgehend erhalten	<input type="checkbox"/> kurze Sätze können gebildet werden	<input type="checkbox"/> sehr eingeschränkt, z.B. einzelne Worte
--	---	--

nicht möglich, weil

.....

.....

.....

Nähe und Distanz: Der Patient ...

<input type="checkbox"/> reagiert positiv auf Körperkontakt	<input type="checkbox"/> hält lieber Distanz
---	--

kann abrupt ablehnend reagieren, wenn

.....

.....

.....

Gewohnheiten im Tagesverlauf:

morgens (z. B. zuerst Frühstück):	.....
mittags (z. B. Ruhepause):	.....
abends (z. B. Getränk, Rituale):	.....

Sonstige Gewohnheiten, die beachtet werden sollen:

Zur Entspannung:	.....
Zum Einschlafen:	.....
In Stresssituationen:	.....
In Pflegesituationen:	.....



Informationsbogen: Patient mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus

(Name)

Verhalten:

Wünsche und Vorlieben:	..... ..... .....
Ärger / abwehrendes Verhalten bei:	..... ..... .....
Angst bei:	..... ..... .....
Weglauf-tendenzen	...............

Essen und Trinken:

<input type="checkbox"/> erkennt Essen	<input type="checkbox"/> erkennt Getränke	<input type="checkbox"/> isst selbstständig
<input type="checkbox"/> trinkt selbstständig	<input type="checkbox"/> braucht Ansprache / Erinnerung	<input type="checkbox"/> benötigt Zeit / Geduld bei den Mahlzeiten
<input type="checkbox"/> Besteck in die Hand legen	<input type="checkbox"/> Hand führen / Bewegung führen	<input type="checkbox"/> isst mit den Fingern
<input type="checkbox"/> Gebiss vorhanden	Tägliche Trinkmenge ml	
Risiken (z.B. Verschlucken):	..... ..... .....
Bevorzugte Speisen und Getränke:	..... ..... .....
Abneigung / Unverträglichkeiten:	..... ..... .....

weiter:

Essen und Trinken:

Hilfestellung bei:	..... ..... .....
Abwehrendes Verhalten bei:	..... ..... .....

Ruhen und Schlafen:

<input type="checkbox"/> Ruhe und Schlaf ohne Probleme	<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen	<input type="checkbox"/> nächtliches Aufstehen
<input type="checkbox"/> Toiletten-gänge gegen Uhr	<input type="checkbox"/> geht zu Bett gegen Uhr	<input type="checkbox"/> wacht auf gegen Uhr
Einschlaf-gewohnheiten:	..... ..... .....
Bei Einschlafstörungen/nächtlicher Unruhe hilft:	..... ..... .....

Körperpflege:

<input type="checkbox"/> Körperpflege selbstständig	<input type="checkbox"/> wäscht sich am Waschbecken selbst	<input type="checkbox"/> benutzt Waschlappen / -handschuh
<input type="checkbox"/> wäscht Oberkörper selbstständig	<input type="checkbox"/> bevorzugt Wannenbad	<input type="checkbox"/> bevorzugt Duschen
Hilfestellung nötig bei:	..... ..... .....
Abwehrendes Verhalten bei:	..... ..... .....

weiter:

Körperpflege:

Risiken (z.B. Empfindlichkeiten der Haut):
--	---

An- und Auskleiden:

Lieblings-kleidungsstück:	..... ..... .....
Besonderheiten:	..... ..... ..... ..... .....
Abwehrendes Verhalten bei:	..... ..... ..... ..... .....

Ausscheiden:

<input type="checkbox"/> Kontrolle der Blase	<input type="checkbox"/> Kontrolle des Darms	<input type="checkbox"/> erkennt Toilette
Feste Toilettenzeiten:	..... ..... .....

Hilfsmittel:

<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> Steckbecken	<input type="checkbox"/> Einlage
<input type="checkbox"/> Vorlage	.....
Sonstiges:	..... ..... ..... ..... .....

