

# 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:	..... ..... ..... ..... .....	

