

Informationsbogen

Dieser Informationsbogen ist für Menschen mit einer Demenzerkrankung und deren Angehörige, um die Aufnahme und den Aufenthalt in unserem Haus zu erleichtern. Daher bitten wir Sie, diesen Informationsbogen vor Ihrem Aufenthalt auszufüllen und mitzubringen.

Die Patientin/der Patient

.....
Name

.....
Anschrift

.....
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

.....
Telefon

.....
Möchte mit diesem Namen angesprochen werden

.....
Glaubensbekenntnis

Seelsorge erwünscht ja nein

.....
Muttersprache

.....
Fremdsprache

.....
Ehemaliger Beruf

.....
Herkunft

.....
Besonderheiten

Informationsbogen ausgefüllt von

- PatientIn
- (Ehe)PartnerIn
- Tochter/Sohn
- Andere/r

.....
Name

.....
Telefon

.....
Datum

Lebenssituation

- Lebt alleine
- Lebt im Wohn-/Pflegeheim
- Lebt mit Partner
- Lebt mit Familie/Familienbund
- Lebt in 24 Stunden Betreuung

.....
Hilfsdienste

Erwachsenenschutzvertreter

.....
Name

.....
Telefonnummer

Patientenverfügung ja nein

Vorsorgevollmacht ja nein

.....
Unterlagen bitte mitbringen!

Medikamente – Einnahme

Medikamente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Medikamentenliste	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mitgebrachte Medikamente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mitgebrachte Liste	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hilfsmittel und Sinneswahrnehmungen

Einschränkung beim Sehen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sprachverständnis
Brille/Lupe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> vollständig erhalten
Einschränkung beim Hören	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weitgehend erhalten
Hörgerät	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> kurze Fragen werden verstanden
Wenn ja, mitgebracht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> sehr eingeschränkt, nur prägnante Worte
Zahnprothese	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> fehlt
Wenn ja, mitgebracht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Gesten werden verstanden

Mobilität / Nähe und Distanz

- Geht ohne Hilfsmittel
 - Geht mit Hilfsmittel (Stock, Rollator)
 - Kann nicht laufen
 - Körperkontakt erwünscht
 - Distanz wird bevorzugt
 - Gründe für ablehnendes Verhalten
z.B. bei der Körperpflege
-

Schlafgewohnheiten / Beruhigungsfördernde Hilfsmittel

Schlafenszeiten	<input type="checkbox"/> Einschlafgewohnheiten
Ruhezeiten	<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen, hilfreich ist
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Toilettengänge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Atmung

Sauerstofftherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Raucher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Vorlieben/ Hilfsmittel

.....
Essen
.....
Trinken
.....
Bevorzugte Kleidung

Körperpflege

Selbständig ja nein
Auf Hilfe angewiesen ja nein
Duschen ja nein
Besonderheiten z.B.: Zeitpunkt
.....

Ausscheidung

Kontrolle der Blase ja nein
Kontrolle des Darmes ja nein
Kennt die Toilette ja nein
.....
Feste Toilettenzeiten

Besonderheiten

.....
.....
Hilfsmittel Urinflasche/Einlage/Sonstiges
.....
.....

Freizeitbeschäftigung

Besonderheiten beim letzten Aufenthalt im Krankenhaus?

Situationen und Begebenheiten, die zu ablehnenden Verhalten führen können?