

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 ☐ ja ☐ nein
Mitgebrachte Medikamente ☐ ja ☐ nein

Medikamentenliste ☐ ja ☐ nein
Mitgebrachte Liste ☐ ja ☐ nein

Hilfsmittel und Sinneswahrnehmungen

Einschränkung beim Sehen ☐ ja ☐ nein
Brille/Lupe ☐ ja ☐ nein
Einschränkung beim Hören ☐ ja ☐ nein
Hörgerät ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, mitgebracht ☐ ja ☐ nein
Zahnprothese ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, mitgebracht ☐ ja ☐ nein

Sprachverständnis
☐ vollständig erhalten
☐ weitgehend erhalten
☐ kurze Fragen werden verstanden
☐ sehr eingeschränkt, nur prägnante Worte
☐ fehlt
☐ 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

☐ Einschlafgewohnheiten

.....
Ruhezeiten

Schlafstörungen ☐ ja ☐ nein
Toilettengänge ☐ ja ☐ nein

.....
☐ Einschlafstörungen, hilfreich ist

.....

.....

Atmung

Sauerstofftherapie ☐ ja ☐ nein
Raucher ☐ ja ☐ 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?