

Informationsbogen: Patient mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus

(Name)

Adresse des Patienten:		
Angehöriger:	(Ehe-)Partner	Sohn / Tochter
	anderer	
Adresse des Angehörigen:		
Telefon:		
Rechtlicher Betreuer:		
Adresse des Betreuers:		
Telefon:		
Patientenverfügung:	ja	nein
Vorsorgevollmacht:	ja	nein

Kontaktaufnahme erwünscht bei ...

zunehmender Unruhe des Kranken	Einleitung von Schutzmaßnahmen
fehlender Kooperation in Pflegesituationen	Problemen bei der Nahrungs-/ Flüssigkeitsaufnahme
Sonstiges:	
rund um die Uhr	nur von bis Uhr
Angehöriger	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:

leicht	schwer	Brille vorhanden
--------	--------	------------------

Einschränkungen Hören:

leicht	schwer	Hörgerät vorhanden
--------	--------	--------------------

Verstehen von Sprache: Das Sprachverständnis ist ...

weitgehend erhalten	kurze Fragen werden verstanden	sehr eingeschränkt, z.B. auf prägnante Worte
Sprachverständnis fehlt	Gesten werden verstanden	

Sprach- und Sprechfähigkeit ist ...

weitgehend erhalten	kurze Sätze können gebildet werden	sehr eingeschränkt, z.B. einzelne Worte
nicht möglich, weil		

Nähe und Distanz: Der Patient ...

reagiert positiv auf Körperkontakt	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:

erkennt Essen	erkennt Getränke	isst selbstständig
---------------	------------------	--------------------

trinkt selbstständig	braucht Ansprache / Erinnerung	benötigt viel Zeit / Geduld
----------------------	--------------------------------	-----------------------------

Besteck in die Hand legen	Hand führen / Bewegung führen	isst mit den Fingern
---------------------------	-------------------------------	----------------------

Gebiss vorhanden	Essen und Trinken stets anreichern hochkalorische Ernährung
------------------	--

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:

Ruhe und Schlaf ohne Probleme	Einschlafstörungen	nächtliches Aufstehen
-------------------------------	--------------------	-----------------------

Toiletten-gänge gegen Uhr	geht zu Bett gegen Uhr	wacht auf gegen Uhr
---------------------------------	------------------------------	---------------------------

Einschlaf-gewohnheiten:

Bei Einschlafstörungen/nächtlicher Unruhe hilft:

Körperpflege:

Körperpflege selbstständig	wäscht sich am Waschbecken selbst	benutzt Waschlappen / -handschuh
----------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

wäscht Oberkörper selbstständig	völlig auf Hilfe angewiesen	bevorzugt: Duschen Wannenbad
---------------------------------	-----------------------------	---------------------------------

Hilfestellung nötig bei:

Abwehrendes Verhalten bei:

weiter:

Körperpflege:

Risiken (z.B. Empfindlichkeiten der Haut):

An- und Auskleiden:

Liebblingskleidungsstück:

Besonderheiten:

Abwehrendes Verhalten bei:

Ausscheiden:

Kontrolle der Blase	Kontrolle des Darms	erkennt Toilette
---------------------	---------------------	------------------

auf Toilette nicht alleine lassen

Feste Toilettenzeiten:

Hilfsmittel:

urinflasche	Steckbecken	Einlage
Vorlage		

Sonstiges:

