

Informationsblatt für Menschen mit Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus

Name:

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Adresse:

Angehörige:

Ehepartner

Sohn/Tochter

Andere _____

erreichbar unter:

Rechtlicher Betreuer / Bevollmächtigter:

erreichbar unter

Patientenverfügung:

ja nein

Vorsorgevollmacht:

ja nein

		Ergänzungen: Besonderheiten, hilfreiche Maßnahmen
Orientierung <input type="checkbox"/> nicht orientiert	<input type="checkbox"/> örtlich/zeitlich desorientiert <input type="checkbox"/> z. Person desorientiert <input type="checkbox"/> Weglauftendenz	
Einschränkungen Sehen <input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> Brille vorhanden	
Einschränkungen Hören <input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> Hörgerät vorhanden	
Verständigung <input type="checkbox"/> beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> kurze Fragen werden verstanden <input type="checkbox"/> sehr eingeschränkt <input type="checkbox"/> Sprachverständnis fehlt <input type="checkbox"/> Gesten werden verstanden	
Sprechfähigkeit <input type="checkbox"/> beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> kurze Sätze können gebildet werden <input type="checkbox"/> sehr eingeschränkt <input type="checkbox"/> braucht Zeit für Antworten <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	

Körperpflege <input type="checkbox"/> benötigt Hilfe	<input type="checkbox"/> beim Duschen <input type="checkbox"/> beim Waschen am Waschbecken <input type="checkbox"/> sieht die Notwendigkeit der Körperpflege nicht ein <input type="checkbox"/> außergewöhnliches Schamgefühl bei Intimpflege	
An-/Auskleiden <input type="checkbox"/> benötigt Hilfe	<input type="checkbox"/> beim Ankleiden <input type="checkbox"/> beim Auskleiden	
Essen <input type="checkbox"/> benötigt Hilfe	<input type="checkbox"/> verweigert Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> hustet oder würgt bei der Nahrungsaufnahme	
Trinken <input type="checkbox"/> benötigt Hilfe	<input type="checkbox"/> trinkt zu wenig <input type="checkbox"/> hustet oder würgt beim Trinken	
Ausscheidung <input type="checkbox"/> benötigt Hilfe	<input type="checkbox"/> teilt Bedürfnis mit <input type="checkbox"/> Hilfe beim Toilettengang notwendig <input type="checkbox"/> wird unruhig bei Stuhl/Harndrang <input type="checkbox"/> Zerrupfen/Entfernen von Inkontinenzmaterial <input type="checkbox"/> schmiert Kot	
Verhalten	<input type="checkbox"/> ängstlich <input type="checkbox"/> kooperativ <input type="checkbox"/> ablehnend <input type="checkbox"/> kontaktfreudig <input type="checkbox"/> freundlich <input type="checkbox"/> innere Unruhe <input type="checkbox"/> lehnt Pflegekräfte anderen Geschlechts ab <input type="checkbox"/> Abwehr bei Berührung / Körperkontakt <input type="checkbox"/> kann Krankheit nicht akzeptieren <input type="checkbox"/> verbale /nonverbaler Ausdruck von Gefühlen (z.B. Traurigkeit – ständiges Weinen, etc.)	
Ruhen und Schlafen	<input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen <input type="checkbox"/> Wach-/Schlafumkehr	

Bogen erstellt am: _____ Erstellt von: _____