

## Informationsbogen:

Herr/ Frau ..... mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus

Adresse des Patienten:.....

Angehöriger:.....

(Ehe-)Partner

Sohn / Tochter

anderer:.....

Adresse:.....

Telefon: .....

Rechtlicher Betreuer:.....

Adresse des Betreuers:..... Telefon:.....

Adresse des Hausärztin/ Hausarzt:.....

..... Telefon:.....

Patientenverfügung  vorhanden  nicht vorhanden

Vorsorgevollmacht  vorhanden  nicht vorhanden

Pflegegrad  1  2  3  4  5

### Kontaktaufnahme erwünscht bei...

zunehmender Unruhe des Kranken

Einleitung von Schutzmaßnahmen

fehlender Kooperation in  
Pflegesituationen

Problemen bei der Nahrungs-/  
Flüssigkeitsaufnahme

Sonstiges: .....

Angehöriger

Betreuer

rund um die Uhr

nur von .....bis.....Uhr

### Wichtig im Kontakt mit dem Kranken sind:

Religion: .....

Regionale Herkunft/ Heimat:.....

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 einzelne 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:.....

**Einschränkung des Bewegungsapparates:**

- gehen  stehen  Treppen steigen  sturzgefährdet

benutzte Hilfsmittel:.....

**Nähe und Distanz: Der Patient ...**

- reagiert positiv auf Körperkontakt  hält lieber Distanz

kann abrupt ablehnend reagieren, wenn.....

.....  
.....

**allgemeine Gewohnheiten im Tagesverlauf:**

morgens (z. B. zuerst Frühstück, wie und was):.....

.....  
mittags (wie? z. B. Ruhepause):.....

.....  
abends (z. B. Getränk, Rituale):.....

.....

**Sonstige Gewohnheiten, die beachtet werden sollen:**

Zur Entspannung:.....

.....

Zum Einschlafen:.....

.....

In Stresssituationen:.....

.....

In  
Pflugesituationen:.....

.....

**Verhalten:**

Wünsche und Vorlieben:.....

.....

.....

Ärger / abwehrendes Verhalten bei:.....

.....

Angst bei:.....

.....

Weglauftendenzen:.....

.....

**Essen und Trinken:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> erkennt Essen                                   | <input type="checkbox"/> Hand führen/<br>Bewegung führen  | <input type="checkbox"/> benötigt Zeit/ Geduld<br>bei den Mahlzeiten |
| <input type="checkbox"/> trinkt selbstständig                            | <input type="checkbox"/> braucht Ansprache/<br>Erinnerung | <input type="checkbox"/> isst selbstständig                          |
| <input type="checkbox"/> Besteck in die Hand<br>legen                    | <input type="checkbox"/> erkennt Getränke                 | <input type="checkbox"/> isst mit den<br>Fingern                     |
| <input type="checkbox"/> Gebiss vorhanden                                | <input type="checkbox"/> Tägliche Trinkmenge .....        | ml   |
| <input type="checkbox"/> Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme erforderlich |   |  |
| <input type="checkbox"/> Kontrolle der Essenaufnahme erforderlich        |   |  |

Risiken (z. B. Schluckstörungen, Mangelerscheinungen):.....

.....  
Bevorzugte Speisen und Getränke:.....  
.....  
.....

Abneigung/Unverträglichkeiten:.....  
.....  
.....

Hilfestellung bei: .....  
.....  
.....

Abwehrendes Verhalten bei:.....  
.....  
.....

**Ruhen und Schlafen:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ruhe und Schlaf ohne Probleme | <input type="checkbox"/> nächtliches Aufstehen         | <input type="checkbox"/> Nachtruhe gegen .....Uhr |
| <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen            | <input type="checkbox"/> Toilettengänge gegen .....Uhr | <input type="checkbox"/> wacht auf gegen .....Uhr |

Einschlafgewohnheiten/ Sonstiges.....  
.....  
.....

Bei Einschlafstörungen/ nächtlicher Unruhe hilft:.....  
.....  
.....

**Körperpflege:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Körperpflege selbstständig        | <input type="checkbox"/> bevorzugt Wannenbad             | <input type="checkbox"/> bevorzugt Duschen              |
| <input type="checkbox"/> wäscht sich am Waschbecken selbst | <input type="checkbox"/> wäscht Oberkörper selbstständig | <input type="checkbox"/> benutzt Waschlappen/ Handschuh |

Hilfestellung nötig bei:.....  
.....  
.....

Abwehrendes Verhalten bei:.....  
.....  
.....

Risiken (z. B. Empfindlichkeiten der Haut):.....

.....

**An- und Auskleiden:**

bevorzugte Kleidung:.....

.....

Besonderheiten: .....

.....

Abwehrendes Verhalten bei:.....

.....

**Ausscheiden:**

Kontrolle der Blase

Kontrolle des Darms

erkennt Toilette

Feste Toilettenzeiten:.....

Urinflasche

Steckbecken Einlage

Vorlage

Sonstiges: .....

**Schmerzen:**

**akut** (ist ein zeitlich limitierter Schmerz)

**chronisch** (ist ein zeitlich länger andauernder Schmerz ca. ab 3 Monate)

Beschreibung:.....

.....

**Allergien:**.....

.....

**Hilfsmittel:**.....

.....

**Sonstiges:**.....

.....

Datum.....

Unterschrift.....