

## 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  
Pflagesituationen:.....

.....

**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:

Ruhe und Schlaf ohne Probleme

nächtliches Aufstehen

Nachtruhe gegen .....Uhr

Einschlafstörungen

Toilettengänge gegen .....Uhr

wacht auf gegen .....Uhr

Einschlafgewohnheiten/ Sonstiges.....

.....

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

.....

### Körperpflege:

Körperpflege selbstständig

bevorzugt Wannenbad

bevorzugt Duschen

wäscht sich am Waschbecken selbst

wäscht Oberkörper selbstständig

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.....