



Für die Aufnahme ins Krankenhaus

ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Name:

Bezugsperson:

SV-Nr.:

Telefon:

Adresse:

E-Mail-Adresse:

.....

Grund des Aufenthaltes:

Begleitung:

.....

Kontaktadresse:

Letzter Krankenhaus Aufenthalt:

.....

MMSE (Minimentalstatus) aktuell:

Telefon:

.....

Mitaufnahme möglich: ja nein

Auffälligkeiten:

Sachwalterschaft: ja nein

Patientenverfügung: ja nein

Narkose:

Vorsorgevollmacht: ja nein

Patienteninformationsband: ja nein

Impfpass: ja nein

SICHERHEIT

Selbstgefährdung: ja nein

Veränderte Sinneswahrnehmung

Selbstverletzendes/selbstschädigendes Verhalten

Nahrungsdefizit

Flüssigkeitsdefizit

Fehlscheinschätzung der Gefahren

Fremdgefährdung: ja nein

herausforderndes Verhalten (verbal/nonverbal/physisch)

Schmerzen: ja nein

Schmerzskala (1 = schwach, 10 = stark)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Achten sie auf Äußerungen, Mimik und ev. ungewöhnliches Verhalten

KOMMUNIKATION

Verbal: ja nein

Nonverbal: ja nein

Übersetzer erforderlich: ja nein

Muttersprache:

Versteht Fragen/Anweisungen: ja nein

Kann Anweisungen umsetzen: ja nein

Einschränkung Hören: hört gut hört schlecht gehörlos

Hörgerät: ja nein

Einschränkung Sehen: sieht gut sieht schlecht blind

Sehbehelf: ja nein

Händigkeit: Rechtshänder Linkshänder

Informationsbogen Demenz



ORIENTIERUNG

räumlich: ja nein zeitlich: ja nein
örtlich: ja nein situativ: ja nein
Wahnvorstellungen: ja nein

MOBILITÄT

selbständig unselbständig

Beweglichkeit:
Sturzrisiko: ja nein

Gehilfe, Motivation:

Bei Flucht tendenz zu beachten:

KÖRPERPFLEGE / KLEIDEN

Gewohnte Kleidung und Körperpflegeprodukte mitgeben!

Körperpflege: selbständig unselbständig
 wäscht sich am Waschbecken selbst benutzt Waschlappen/-handschuh
Bevorzugt: Duschen Wannenbad

Hilfestellung nötig bei:

Abwehrverhalten bei:

Sonstiges:

HAUT

Probleme mit der Haut: ja nein

Wenn ja, welche:

Vorlieben/Produkte/Verabreichung/Aromen:

SCHLAFEN

Ruhe und Schlaf ohne Probleme Einschlafstörungen
 nächtliches Aufstehen

geht zu Bett gegen Uhr

wacht auf gegen Uhr

Mittagsruhe gegen Uhr

Toilettengang gegen Uhr

Einschlafgewohnheiten:

Bei Einschlafstörungen/nächtlicher Unruhe hilft:

Medikamente:

SOZIALES EMPFINDEN - VERHALTEN

Probleme bei der Orientierung: ja nein
 örtlich zeitlich situativ zur Person
Begleitung (zu Untersuchungen etc.) nötig: ja nein
Religiöse / spirituelle Bedürfnisse: ja nein

Wenn ja, welche:

Emotionaler Zustand: unauffällig traurig wütend ängstlich

Wahrnehmung verändert: ja nein
Wenn ja, welche:

Gedanken Sinneswahrnehmung Wahrnehmungsgeschwindigkeit

Beruhigung möglich durch:

BESCHÄFTIGUNG

„Wohlfühlpaket“ mitgegeben: ja nein

Fotos Musik Decke Kuschtier Licht

Sonstiges:

ESSEN UND TRINKEN

erkennt Essen isst selbst

erkennt Getränke trinkt selbst

braucht Ansprache / Erinnerung braucht viel Zeit / Geduld

Besteck in die Hand legen Hand führen isst mit den Fingern

Zahnersatz: ja nein

Wenn ja, welcher:

Prothese: Oberkiefer Unterkiefer

Tägliche Trinkmenge: ml

Vorlieben/Abneigungen:

Probleme bei der Nahrungsausnahme: ja nein

Schluckstörungen: ja nein

Diät/Besonderheit/Abwehrverhalten:

AUSSCHIEDUNG

Kontrolle der Blase Kontrolle des Darms

erkennt Toilette auf Toilette nicht alleine lassen

Gewohnte Inkontinenzprodukte:

Feste Toilettenzeiten:

Probleme bei der Harnausscheidung: ja nein

Harnableitung: ja nein

Wenn ja, welche:

Probleme bei der Stuhlausscheidung: ja nein

Stoma: ja nein

ATMUNG

Atemprobleme: ja nein

Raucher: ja nein

SONSTIGE HINWEISE / HILFSTELLUNGEN

Datum des Ausfüllens: