



Sehr geehrte Bezugsperson!

Dieser Überleitungsbogen wurde speziell auf ältere Personen bzw. Menschen mit demenziellen Erkrankungen ausgerichtet und soll dem Pflegepersonal dieses Krankenhauses bei der Eingliederung Ihres Angehörigen in den Krankenhausalltag helfen und umfassende Informationen zusätzlich zum Aufnahmegespräch vermitteln.

Bitte geben Sie den ausgefüllten Bogen im Stationsstützpunkt ab!

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Mithilfe!

Patientenname: _____	Ausfüllende Person: _____
Erhebungsdatum: _____	

Möchte angesprochen werden als Herr/Frau			
Früherer Beruf (z. B. Handwerk):			
Muttersprache:			
Bezugsperson		Telefonnummer	
Vertretung gem. Erwachsenenschutzrecht	☐ nein	☐ ja, Art der Vertretung	_____
zeitlich befristet	☐ nein	☐ ja, endet am:	_____
Name	Telefonnummer		
Patientenverfügung	☐ nein	☐ ja	
Bisherige Versorgung:	☐ Angehörige	☐ mobiler Dienst	☐ 24 h Betreuung ☐ Pflegeheim
Pflegegeld	Stufe	_____	seit _____
Demenz Diagnose	☐ nein	☐ ja	seit _____
Allergien	☐ nein	☐ ja	_____
Fremdkörper / Metalle im Körper	☐ nein	☐ ja	_____
Sturzrisiko	☐ nein	☐ ja	
Welche Maßnahmen werden gesetzt?			
Schmerzäußerungen	☐ nein	☐ ja	☐ keine Schmerzen
Wann treten Schmerzen auf?			
Wie werden Schmerzen geäußert?			
Welche Maßnahmen helfen?			
Einschränkungen beim Hören	☐ nein	☐ leicht	☐ schwer
Hörgerät vorhanden	☐ nein	☐ ja	☐ mitgebracht
Anweisungen können umgesetzt werden	☐ nein	☐ ja	
Einschränkungen beim Sehen	☐ nein	☐ leicht	☐ schwer
Brille vorhanden	☐ nein	☐ ja	☐ mitgebracht
Text kann gelesen werden	☐ nein	☐ ja	
Text kann gelesen und verstanden werden	☐ nein	☐ ja	
Verstehen der Sprache	☐ nein	☐ leicht	☐ schwer
Kurze Fragen / Gesten werden verstanden	☐ nein	☐ ja	
Kontaktverhalten			
sucht Kontakt	☐ nein	☐ ja	
lehnt Kontakt ab	☐ nein	☐ ja	
Der Betroffene teilt mit was er benötigt	☐ nein	☐ ja	
Stimmung			
ängstlich	☐ nein	☐ ja	gereizt ☐ nein ☐ ja
gehoben	☐ nein	☐ ja	gedrückt ☐ nein ☐ ja



Besonderheiten beim Essen und Trinken		☐ nein	☐ ja
Zahnprothese vorhanden		☐ nein	☐ ja ☐ mitgebracht
Vorlieben			
Abneigungen			
Schluckstörungen		☐ nein	☐ ja
Sind spezielle Maßnahmen/Hilfsmittel erforderlich?			
Gewohnheiten im Tagesverlauf (Beschäftigung, Hobbys, Rituale, Hilfestellungen ...)			
Morgens	Mittags	Abends	Nachts
Schlafen und Schlafgewohnheiten			
Schläft gut		☐ nein	☐ ja
Geht zu Bett gegen		_____	Uhr
Schläft gerne bis		_____	Uhr
tagaktiv		☐ nein ☐ ja	nachaktiv ☐ nein ☐ ja
Herausfordernde Verhaltensweisen			
☐ Abwehrendes Verhalten bei der Körperpflege	☐ Ängste	☐ Antrieb gesteigert	☐ Antrieb vermindert
☐ Wiederholende Geräusche	☐ Unangemessenes Rufen	☐ Bedrohliches Verhalten	☐ Beschuldigungen
☐ „nach Hause wollen“	☐ Misstrauen	☐ Nahrungsablehnung	☐ Medikamentenablehnung
☐ Einpacken	☐ Rückzug	☐ Teilnahmslosigkeit	☐ Ruheloses Umhergehen
☐ Aufräumen	☐ Unruheverhalten	☐ Weglauftendenzen	☐ Orientierungsschwierigkeiten
In welcher Situation:			
Gibt es bewährte Hilfestellungen?		☐ nein	☐ ja
Welche?			
Besondere Verhaltensweisen zu Hause:		☐ nein	☐ ja
Welche?			
Besondere Verhaltensweisen in fremder Umgebung:		☐ nein	☐ ja
Welche?			
Gibt es Gegenstände oder Rituale, welche der Beruhigung dienen?		☐ nein	☐ ja
Welche?			
Bei ständigem Rufen. Nach wem wird gerufen?			