

Wahrnehmung verändert .....  ja  nein  
Wenn ja, welche:  Gedanken  Sinneswahrnehmung  Wahrnehmungsgeschwindigkeit

Beruhigung möglich durch .....

### BESCHÄFTIGUNG

„Wohlfühlpaket“ mitgegeben .....  ja  nein  Fotos  Musik  Decke  Kuscheltier  Licht  
 Sonstiges .....

### ESSEN UND TRINKEN

<input type="checkbox"/> erkennt Essen	<input type="checkbox"/> isst selbst	<input type="checkbox"/> Hand führen	<input type="checkbox"/> isst mit den Fingern
<input type="checkbox"/> erkennt Getränke	<input type="checkbox"/> trinkt selbst	Probleme bei Nahrungsaufnahme ... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> braucht Ansprache / Erinnerung		Schluckstörungen ..... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> braucht viel Zeit / Geduld		Prothese ..... <input type="checkbox"/> Oberkiefer <input type="checkbox"/> Unterkiefer	
<input type="checkbox"/> Besteck in die Hand legen		Zahnersatz ..... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Wenn ja, welcher Zahnersatz .....

Tägliche Trinkmenge ..... ml

Vorlieben/Abneigungen .....

Diät/Besonderheit/Abwehrverhalten .....

### AUSSCHIEDUNG

Kontrolle der Blase  Kontrolle des Darms  erkennt Toilette  auf Toilette nicht alleine lassen

Gewohnte Inkontinenzprodukte .....

Feste Toilettenzeiten .....

Probleme bei Stuhlausscheidung... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Probleme bei Harnausscheidung ... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stoma ..... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Harnableitung ..... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wenn ja, welche Harnableitung .....

### ATMUNG

Atemprobleme .....  ja  nein  Raucher .....  ja  nein

### SONSTIGE HINWEISE / HILFESTELLUNGEN

Ich stimme zu, dass das KH ..... meine Daten elektronisch erfasst und zum Zweck meiner Betreuung/Behandlung weiterverarbeitet.

Diagnose seit ..... Datum des Ausfüllens .....

Fragebogen ausgefüllt von .....

Wir leben die Stadt

## Für die Aufnahme ins Krankenhaus



# Informationsbogen Demenz

[www.stadt-salzburg.at](http://www.stadt-salzburg.at)



## ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Name .....

SV-Nr. ....

Adresse .....

Grund des Aufenthaltes .....

Letzter Krankenhaus Aufenthalt .....

MMSE (Minimentalstatus) aktuell .....

Auffälligkeiten .....

Narkose .....

Patienteninformationsband .....  ja  nein

Bezugsperson .....

Telefon .....

E-Mail-Adresse .....

Begleitung .....

Kontaktadresse .....

Telefon .....

Mitaufnahme möglich .....  ja  nein

Sachwalterschaft .....  ja  nein

Patientenverfügung .....  ja  nein

Vorsorgevollmacht .....  ja  nein

Impfpass .....  ja  nein

Allergien .....  ja  nein

## SICHERHEIT

Selbstgefährdung .....  ja  nein

Selbstverletzendes/selbstschädigendes Verhalten

Nahrungsdefizit

Flüssigkeitsdefizit

Fremdgefährdung .....  ja  nein

Veränderte Sinneswahrnehmung

Fehlscheinschätzung der Gefahren

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

Muttersprache .....

Verbal .....  ja  nein

Nonverbal .....  ja  nein

Übersetzer erforderlich .....  ja  nein

Versteht Fragen/Anweisungen .....  ja  nein

Einschränkung Hören:  hört gut  hört schlecht  gehörlos

Einschränkung Sehen:  sieht gut  sieht schlecht  blind

Kann Anweisungen umsetzen .....  ja  nein

Hörgerät .....  ja  nein

Sehbehelf .....  ja  nein

Händigkeit .....  Rechtshänder  Linkshänder

## ORIENTIERUNG

räumlich .....  ja  nein

zeitlich .....  ja  nein

örtlich .....  ja  nein

situativ .....  ja  nein

Wahnvorstellungen .....  ja  nein

## MOBILITÄT

selbständig  unselbständig

Sturzrisiko .....  ja  nein

Beweglichkeit .....

Gehilfe, Motivation .....

Bei Fluchttendenz zu beachten .....

## KÖRPERPFLEGE / KLEIDEN

Körperpflege .....  selbständig  unselbständig

bevorzugt .....  Duschen  Wannenbad

wäscht sich am Waschbecken selbst

benutzt Waschlappen/-handschuh

Hilfestellung nötig bei .....

Abwehrverhalten bei .....

Sonstiges .....

Gewohnte Kleidung und Körperpflegeprodukte mitgeben!

## 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 Religion /spirit. Bedürfnisse.....

Emotionaler Zustand:  unauffällig  traurig  wütend  ängstlich