

Aufnahme von Patienten mit Demenz

Sollte sich das Formular nicht ausfüllen lassen,
so laden Sie bitte die Datei auf Ihren Rechner
und öffnen Sie diese dann im Acrobat Reader.

Daten des Patienten

Name _____
Gewohnte Anrede _____
Geburtsdatum _____
Adresse _____
Patientenverfügung ja nein Vorsorgevollmacht ja nein

Angehöriger / Bezugsperson

Name _____
Telefonnummer _____

Rechtlicher Betreuer

Name _____
Telefonnummer _____
Adresse _____

Hausarzt, Ärzte, Vorfunde

Einweisender Arzt _____
Hausarzt _____
Keimsituation * MRSA: Ja Nein
*Bei Patienten aus Heimen aktuellen Laborbericht mitbringen
Allergien _____
Einnahme von
Medikamente Selbständig Übernahme notwendig
Schluckstörung Nein Ja Welche: _____
Bedarfsmedikamente _____

Besonderheiten bei der Verabreichung

Kontaktaufnahme gewünscht bei....

- zunehmender Unruhe
- Einleitung von Schutzmaßnahmen
- fehlender Kooperation in Pflegesituationen
- Problemen bei der Nahrungs-/ Flüssigkeitsaufnahme

Erwünschte Kontaktaufnahme zum

- Angehörigen
- Betreuer

Zu folgenden Zeiten

- Rund um die Uhr
- In der Zeit von _____

Wichtig im Kontakt mit dem Patienten sind:

- Muttersprache/Dialekt _____
- Ehemaliger Beruf _____
- Bedeutsames _____

Beeinträchtigungen

- Sehen** leicht schwer Brille vorhanden
- Hören** leicht schwer Hörgerät Cochlea Implantat

Verstehen von Sprache

Das Sprachverständnis ist...

- weitgehend erhalten
- kurze Fragen werden verstanden
- sehr eingeschränkt,
z. B. auf prägnante 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:

Mobilität

Der Patient...

- kann ohne Hilfe laufen
- benötigt Hilfsmittel (Stock, Rollator)
- kann nicht laufen

Besonderheiten bei der Behandlung

Medizinische Besonderheiten _____

Akzeptanz von Pflaster,
Infusionsnadeln u. ä. _____

Ängste (z. B. Spritzen) _____

Umgang mit auftretenden Krisen _____

Körperpflege

Körperpflege selbständig wäscht sich am Waschbecken selbst

völlig auf Hilfe angewiesen wäscht Oberkörper selbständig

Hilfestellung nötig bei: _____

Abwehrendes Verhalten bei: _____

Essen und Trinken

Nahrungsaufnahme

selbstständig

trinkt selbstständig isst selbstständig

nicht selbstständig, Hilfe erforderlich

braucht Ansprache/Erinnerung benötigt viel Zeit/Geduld

Besteck in die Hand legen Hand/Bewegung führen Essen und Trinken stets anreichen

Nahrungsvorlieben _____

Nahrungsabneigungen _____

Allergien/ Unverträglichkeiten _____

Zahnprothese Ja Nein

Toilettengang

Durchführung Selbständig Hilfestellung notwendig

Harninkontinenz Ja Nein

Stuhlinkontinenz Ja Nein

Hilfestellung bei:

Ruhe und Schlafen

Schlafgewohnheiten

Zubettgehzeit _____ Aufwachzeit _____

Sonstiges:

Einschlafstörungen?

Ruhe/Schlaf ohne Probleme Einschlafstörungen nächtliches Aufstehen

Toilettengänge, gegen _____

Schlafstörungen _____

Bei Einschlafstörungen/nächtlicher Unruhe hilft:

Persönliche Gewohnheiten/Besonderheiten

Vorlieben _____

Abneigungen _____

Tagesablauf _____

Wichtige persönliche Gegenstände
z. B. Stofftiere, Bild o. ä. _____

Bewegungsfähigkeit _____

Hinlauffendenzen _____

Sturzgefahr _____

Kontrakturen _____

Ängste _____

Fremd- /Autoaggressivität _____

Auffälligkeiten im Verhalten _____

Alle Angaben sind freiwillig. Sie dienen ausschließlich der möglichst optimalen Betreuung während des Aufenthaltes in unserem Krankenhaus. Wenn Sie uns die Checkliste bereits vor der Aufnahme zukommen lassen, gelten hierfür alle Betroffenenrechte des Datenschutzes. Wir informieren über diese auf unserer Webseite (unter „Datenschutz“) oder händigen Ihnen auf Wunsch vorab ein Exemplar aus. Im Detail werden Sie auch hierzu während der Aufnahme informiert.

Drücken Sie den Button und schicken Sie uns das Kontaktformular per Mail.

Vielen Dank, Ihr DIAKO-Team

PER E-MAIL VERSENDEN