

# Informationenbogen: Patient ..... mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus

(Name)

|   |   |              |
|---|---|--------------|
| Adresse des Patienten:                          |   |              |
| Angehöriger:                                    | (Ehe-)Partner                                     | Sohn/Tochter |
|   | anderer   |              |
| Adresse des Angehörigen:                        |   |              |
| Telefon:  |   |              |
| Rechtlicher Betreuer:                           |   |              |
| Adresse des Betreuers:                          |   |              |
| Telefon:  |   |              |
| Patientenverfügung:                             | ja  | nein         |
| Vorsorgevollmacht:                              | ja  | nein         |
| <b>Kontaktaufnahme erwünscht bei ...</b>        |   |              |
| zunehmender Unruhe des Kranken                  | Einleitung von Schutzmaßnahmen                    |              |
| fehlender Kooperation in Pflegesituationen      | Problemen bei der Nahrungs-/ Flüssigkeitsaufnahme |              |
| Sonstiges:                                      |   |              |
| rund um die Uhr                                 | nur von ..... bis ..... Uhr                       |              |
| Angehöriger                                     | Betreuer  |              |
| <b>Wichtig im Kontakt mit dem Kranken sind:</b> |   |              |
| Religion:                                       |   |              |
| Regionale Herkunft / Heimat:                    |   |              |

weiter:

**Wichtig im Kontakt mit dem Kranken sind:**

|   |                                    |  |
|---|------------------------------------|--|
| Muttersprache/ Dialekt:                                     |                                    |  |
| Ehemaliger Beruf (z.B. Handwerk):                           |                                    |  |
| Stolz/ Bedeutsames:   |                                    |  |
| <b>Einschränkungen Sehen:</b>                               |                                    |  |
| leicht  | schwer                             | Brille vorhanden                             |
| <b>Einschränkungen Hören:</b>                               |                                    |  |
| leicht  | schwer                             | Hörgerät vorhanden                           |
| <b>Verstehen von Sprache: Das Sprachverständnis ist ...</b> |                                    |  |
| weitgehend erhalten   | kurze Fragen werden verstanden     | sehr eingeschränkt, z.B. auf prägnante Worte |
| Sprachverständnis fehlt                                     | Gesten werden verstanden           |  |
| <b>Sprach- und Sprechfähigkeit ist ...</b>                  |                                    |  |
| weitgehend erhalten   | kurze Sätze können gebildet werden | sehr eingeschränkt, z.B. einzelne Worte      |
| nicht möglich, weil   |                                    |  |

**Nähe und Distanz: Der Patient ...**

|   |                     |
|---|---------------------|
| reagiert positiv auf Körperkontakt                        | hält lieber Distanz |
| kann abrupt ablehnend reagieren, wenn                     |                     |
| <b>Gewohnheiten im Tagesverlauf:</b>                      |                     |
| morgens (z. B. zuerst Frühstück):                         |                     |
| mittags (z. B. Ruhepause):                                |                     |
| abends (z. B. Getränk, Rituale):                          |                     |
| <b>Sonstige Gewohnheiten, die beachtet werden sollen:</b> |                     |
| Zur Entspannung:  |                     |
| Zum Einschlafen:  |                     |
| In Stresssituationen:                                     |                     |
| In Pflegesituationen:                                     |                     |



# Informationenbogen: Patient ..... mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus

(Name)

**Verhalten:**

Wünsche und Vorlieben:

Ärger /  
abwehrendes  
Verhalten bei:

Angst bei:

Weglauf-  
tendenzen:**Essen und Trinken:**

erkennt Essen

erkennt  
Getränkeisst selbst-  
ständigtrinkt selbst-  
ständigbraucht  
Ansprache/  
Erinnerungbenötigt viel  
Zeit / GeduldBesteck in die  
Hand legenHand führen /  
Bewegung  
führenisst mit den  
FingernGebiss  
vorhandenEssen und Trinken stets anreichen  
hochkalorische Ernährung

Tägliche Trinkmenge: ..... ml

Risiken (z.B.  
Verschlucken):Bevorzugte  
Speisen und  
Getränke:Abneigung/  
Unverträglich-  
keiten:

weiter:

**Essen und Trinken:**

Hilfestellung bei:

Abwehrendes  
Verhalten bei:**Ruhen und Schlafen:**Ruhe und  
Schlaf ohne  
ProblemeEinschlaf-  
störungennächtliches  
AufstehenToiletten-  
gänge gegen  
..... Uhrgeht zu Bett  
gegen .....  
Uhrwacht auf  
gegen .....  
UhrEinschlaf-  
gewohnheiten:Bei Einschlaf-  
störungen/nächt-  
licher Unruhe  
hilft:**Körperpflege:**Körperpflege  
selbstständigwäscht sich  
am Wasch-  
becken selbstbenutzt  
Waschlappen/  
-handschuhwäscht  
Oberkörper  
selbstständigvöllig auf Hilfe  
angewiesenbevorzugt:  
Duschen  
WannenbadHilfestellung  
nötig bei:Abwehrendes  
Verhalten bei:

weiter:

**Körperpflege:**Risiken  
(z.B. Empfindlich-  
keiten der Haut):**An- und Auskleiden:**Lieblings-  
kleidungsstück:

Besonderheiten:

Abwehrendes  
Verhalten bei:**Ausscheiden:**Kontrolle der  
BlaseKontrolle des  
Darmserkennt  
Toilette

auf Toilette nicht alleine lassen

Feste  
Toilettenzeiten:**Hilfsmittel:**

urinflasche

Steckbecken

Einlage

Vorlage

Sonstiges:

