

Informationsbogen: 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

Kontaktaufnahme erwünscht bei ...

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

Wichtig im Kontakt mit dem Kranken sind:

Religion:	
Regionale Herkunft / Heimat:	

weiter:

Wichtig im Kontakt mit dem Kranken sind:

Muttersprache/ Dialekt:	
Ehemaliger Beruf (z.B. Handwerk):	
Stolz/ Bedeutsames:	

Einschränkungen Sehen:

leicht	schwer	Brille vorhanden
--------	--------	------------------

Einschränkungen Hören:

leicht	schwer	Hörgerät vorhanden
--------	--------	--------------------

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

Nähe und Distanz: Der Patient ...

reagiert positiv auf Körperkontakt	hält lieber Distanz
------------------------------------	---------------------

kann abrupt ablehnend reagieren, wenn

Gewohnheiten im Tagesverlauf:

morgens (z. B. zuerst Frühstück):	
mittags (z. B. Ruhepause):	
abends (z. B. Getränk, Rituale):	

Sonstige Gewohnheiten, die beachtet werden sollen:

Zur Entspannung:	
Zum Einschlafen:	
In Stresssituationen:	
In Pflegesituationen:	



Informationsbogen: 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. Empfind-
lichkeiten 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:

