



## **Begleitbogen für den Krankenhausaufenthalt von Menschen mit Demenz**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

### **Im Notfall zu benachrichtigen**

|                         | 1. Ansprechpartner  | 2. Ansprechpartner  |
|-------------------------|---|---|
| Name                    |   |   |
| Telefon                 |   |   |
| Adresse                 |   |   |
| Beziehung zum Patienten |   |   |
|                         | <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter<br><input type="checkbox"/> gesetzlicher Betreuer | <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter<br><input type="checkbox"/> gesetzlicher Betreuer |

Vorsorgevollmacht:  ja  nein  Original liegt zur Kopie bei

Patientenverfügung:  ja  nein  Original liegt zur Kopie bei

Gesetzliche Betreuung:  ja  nein  Original liegt zur Kopie bei

Pflegegrad:  1  2  3  4  5  beantragt

### **Betreuende Ärzte:**

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Neurologe/ Psychiater:** \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### **Weitere Fachärzte:**

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### **Betreuender Pflegedienst**

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_



**Medikamentenliste: Stand vom:** \_\_\_\_\_

| Medikament | Dosis morgens | Dosis mittags | Dosis abends | Dosis nachts |
|------------|---------------|---------------|--------------|--------------|
|            |               |               |              |              |
|            |               |               |              |              |
|            |               |               |              |              |
|            |               |               |              |              |
|            |               |               |              |              |
|            |               |               |              |              |
|            |               |               |              |              |

**Krankheiten / Diagnosen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Informationen zur Person:**

Nationalität: \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig     verheiratet     geschieden     verwitwet

Wohnsituation:  allein lebend     im Haushalt der Bezugsperson lebend

Hilfebedarf bei:  Haushalt     Einkauf     Finanzen     Behörden

Religion: \_\_\_\_\_

Herkunft / Muttersprache: \_\_\_\_\_

Ehemaliger Beruf: \_\_\_\_\_

Frühere Hobbys: \_\_\_\_\_

Lebensmotto/ Lebensereignisse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



### **Kommunikation**

- Sprachverständnis  erhalten  auf kurze Sätze beschränkt  
 stark eingeschränkt  fehlt
- Sprechfähigkeit  erhalten  auf kurze Sätze beschränkt  
 stark eingeschränkt  fehlt  
 versteht Gesten
- Hörfähigkeit  schwerhörig  Hörgerät  rechts  links  taub  
Sehfähigkeit  erhalten  eingeschränkt  leicht  stark  blind  
 trägt Brille
- Sozialkontakt  hält Distanz  reagiert positiv auf Körperkontakt

### **Schlafen** ohne Probleme Einschlafprobleme nächtliches Aufstehen

- geht zu Bett um \_\_\_\_Uhr  wacht auf um \_\_\_\_Uhr  Tag-/Nachtumkehr

Wünsche, Gewohnheiten: \_\_\_\_\_

Bei nächtlicher Unruhe hilft: \_\_\_\_\_

### **Körperpflege:** selbstständig benötigt Anleitung und Unterstützung

### **An-/ Auskleiden:** selbstständig benötigt Anleitung und Unterstützung

Gewohnheiten / Abneigung: \_\_\_\_\_

Bei Abwehr hilft: \_\_\_\_\_

### **Essen/ Trinken** erkennt Essen isst selbstständig erkennt Getränke trinkt selbstständig

- braucht Ansprache, Erinnerung, Unterstützung  benötigt Zeit für Mahlzeit  
 Besteck in die Hand legen  Hand führen  Essen anreichen  
 Zahnprothese  oben  unten  Teilprothese  oben  unten

Gewohnheiten / Abneigung: \_\_\_\_\_

Bei Abwehr hilft: \_\_\_\_\_

### **Bewegung** ist mobil Gehhilfe Rollator Rollstuhl Lauftendenz

### **Ausscheiden** sucht Toilette selbstständig auf wird zur Toilette geführt

- Blasenfunktion  unter Kontrolle  nicht unter Kontrolle  
 Darmfunktion  unter Kontrolle  nicht unter Kontrolle

### **Hilfsmittel** Vorlagen Schutzhose sonstiges \_\_\_\_\_



**Fähigkeiten / Beschäftigung**

---

---

---

---

---

**Ängste/ Abneigungen / Abwehrendes Verhalten**

---

---

---

---

---

**Betreuende Bezugspersonen wünschen Kontaktaufnahme bei:**

- zunehmender Unruhe       fehlender Kooperation
- Problemen bei Nahrungs-, Flüssigkeitsaufnahme
- Einleitung von Schutzmaßnahmen
- rund um die Uhr       von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Dieses Datenblatt wurde ausgefüllt

am: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_

**Hinweis:** Aktualisieren Sie das Datenblatt, falls sich etwas ändert.

Weitere Anmerkungen:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---