



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 <input type="checkbox"/> gesetzlicher Betreuer	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <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:
