

Informationsbogen

für die Aufnahme ins Krankenhaus im Falle einer **Demenz**



STADT : SALZBURG

ALLGEMEINE INFORMATIONEN:

Name:

Adresse:

Begleitung:

Kontaktadresse:

..... Telefon:

Mitaufnahme möglich: ja nein

Bezugsperson:.....

..... Telefon:

E-Mail-Adresse:.....

Sachwalterschaft: ja nein

Patientenverfügung: ja nein

Vorsorgevollmacht: ja nein

Impfpass: ja nein

Grund des Aufenthaltes:.....

.....

MMSE (Minimentalstatus) aktuell:.....

Letzter Krankenhaus Aufenthalt:

Auffälligkeiten:.....

Narkose:

Patienteninformationsband: ja nein

SICHERHEIT:

Selbstgefährdung: ja nein

- Veränderte Sinneswahrnehmung
- Selbstverletzendes/selbstschädigendes Verhalten
- Nahrungsdefizit
- Flüssigkeitsdefizit
- Fehlscheinschätzung der Gefahren

Fremdgefährdung: ja nein

herausforderndes Verhalten
(verbal/nonverbal/physisch)

Schmerzen: ja nein

Schmerzskala (1 = schwach, 10 = stark)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Achten sie auf Äußerungen, Mimik und ev.
ungewöhnliches Verhalten

KOMMUNIKATION:

Verbal: ja nein

Nonverbal: ja nein

Übersetzer erforderlich: ja nein

Muttersprache:

Versteht Fragen/Anweisungen ja nein

Kann Anweisungen umsetzen ja nein

Einschränkung Hören:

hört gut hört schlecht gehörlos

Hörgerät: ja nein

Einschränkung Sehen:

sieht gut sieht schlecht blind

Sehbehelf: ja nein

Händigkeit: Rechtshänder Linkshänder

ORIENTIERUNG:

räumlich ja nein

zeitlich ja nein

örtlich ja nein

situativ ja nein

Wahnvorstellungen: ja nein

MOBILITÄT:

selbständig unselbständig

Beweglichkeit:.....

Sturzrisiko: ja nein

Gehilfe, Motivation:

Bei Flucht tendenz zu beachten:

.....

KÖRPERPFLEGE / KLEIDEN:

Gewohnte Kleidung und Körperpflegeprodukte
mitgeben!

Körperpflege: selbständig unselbständig

wäscht sich am Waschbecken selbst

benutzt Waschlappen/-handschuh

Bevorzugt: Duschen Wannenbad

Hilfestellung nötig bei:

Abwehrverhalten bei:.....

Sonstiges:

HAUT:

Probleme mit der Haut: ja nein

Wenn ja, welche:

Vorlieben/Produkte/Verabreichung/Aromen:

.....

SCHLAFEN:

Ruhe und Schlaf ohne Probleme Einschlafstörungen nächtliches Aufstehen

geht zu Bett gegen Uhr

wacht auf gegen Uhr

Mittagsruhe gegenUhr

Toilettengang gegenUhr

Einschlafgewohnheiten:

.....

Bei Einschlafstörungen/nächtlicher Unruhe hilft:

.....

Medikamente:

.....

SOZIALES EMPFINDEN - VERHALTEN:

Probleme bei der Orientierung: ja nein

örtlich zeitlich situativ zur Person

Begleitung (zu Untersuchungen etc.) nötig:

ja nein

Religiöse / spirituelle Bedürfnisse: ja nein

Wenn ja, welche:

.....

Emotionale Zustand:

unauffällig traurig wütend ängstlich

Wahrnehmung verändert: ja nein

Wenn ja, welche: Gedanken
 Sinneswahrnehmung
 Wahrnehmungsgeschwindigkeit

Beruhigung möglich durch:

.....

BESCHÄFTIGUNG:

„Wohlfühlpaket“ mitgegeben: ja nein

Fotos Musik Decke Kuscheltier Licht

Sonstiges:

ESSEN UND TRINKEN:

erkennt Essen erkennt Getränke

isst selbst trinkt selbst

braucht Ansprache / Erinnerung

braucht viel Zeit / Geduld

Besteck in die Hand legen Hand führen isst mit den Fingern

Zahnersatz: ja nein

Wenn ja, welcher

Prothese: Oberkiefer Unterkiefer

Tägliche Trinkmenge: ml

Vorlieben/Abneigungen:

.....

Probleme bei der Nahrungsausnahme: ja nein
Schluckstörungen: ja nein

Diät/Besonderheit/Abwehrverhalten:

.....

AUSSCHIEDUNG:

Kontrolle der Blase Kontrolle des Darms

erkennt Toilette

auf Toilette nicht alleine lassen

Gewohnte Inkontinenzprodukte:

Feste Toilettenzeiten:.....

Probleme bei der Harnausscheidung: ja nein
Harnableitung: ja nein

Wenn ja, welche:

Probleme bei der Stuhlausscheidung: ja nein
Stoma: ja nein

ATMUNG:

Atemprobleme: ja nein

Raucher: ja nein

Sonstige Hinweise/Hilfestellungen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....