

# DIE DEMENZ

## Pflege- und Betreuungsinformation



..... zur Verwendung bei Menschen mit Störungen der Orientierung  
und der Gedächtnisfunktion im Krankenhaus



### PERSÖNLICHE DATEN DER BETROFFENEN/DES BETROFFENEN

**Familienname, Vorname**

---

Bevorzugte Anrede

Geburtsdatum

---

Muttersprache/Verständigungssprache

Familienstand

---

Konfession/relig. Betreuung erwünscht

Anzahl der Kinder

---

Beruf/Tätigkeit (ehemalig)

---

Straße und Hausnummer

---

PLZ und Ort

---



### HAUSÄRZTIN/HAUSARZT

**Familienname, Vorname**

---

Straße und Hausnummer

---

PLZ und Ort

---

Telefonnummer

---



### PFLEGESTUFE

Nein

Ja – welche Stufe

---

Pflegegeld/-erhöhung beantragt am

---



## ANGEHÖRIGE/BEZUGSPERSONEN

	Familienname, Vorname	Verhältnis zur Betroffenen/zum Betroffenen	Telefon
1			Privat
			Arbeit
2			Privat
			Arbeit
3			Privat
			Arbeit



## DOKUMENTE

Sachwalterschaft	Nein	Ja	in Kopie beiliegend
Patientenverfügung	Nein	Ja	in Kopie beiliegend
Vorsorgevollmacht	Nein	Ja	in Kopie beiliegend
Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger	Nein	Ja	in Kopie beiliegend



## BETREUUNG

Besteht eine Betreuung:	Nein	Ja	
Wenn ja, durch ...	Familie	24-Std.-Betreuung	Pflegeheim
	Hauskrankenpflege. Wie oft: .....		
	Sonstige .....		



## ANGEHÖRIGE/BEZUGSPERSONEN/BEVOLLMÄCHTIGTE WÜNSCHEN KONTAKTAUFNAHME

bei	mit (Name, Tel.-Nr.)	Uhrzeit: von-bis
Einleitung von Schutzmaßnahmen		
Fehlender Kooperation in Pflegesituationen		
Problemen bei der Flüssigkeits-/Nahrungsaufnahme		
Verlegung in eine andere Abteilung / Krankenhaus		
Sonstigem .....		



## SPRACHVERSTÄNDNIS

vollständig erhalten  
weitgehend erhalten  
eingeschränkt  
auf kurze Sätze beschränkt  
auf Gesten beschränkt  
nicht mehr vorhanden

Gewohnheiten, die beachtet werden sollen:



## SPRECHFÄHIGKEIT

vollständig erhalten  
 weitgehend erhalten  
 leicht eingeschränkt  
 stark eingeschränkt  
 kann Bedürfnisse ausdrücken  
 nicht mehr vorhanden

Gewohnheiten, die beachtet werden sollen:



## SEHFÄHIGKEIT

vollständig erhalten  
 weitgehend erhalten  
 leicht eingeschränkt  
 stark eingeschränkt  
 Sehbehelf/Brille wird getragen

Gewohnheiten, die beachtet werden sollen:



## HÖRFÄHIGKEIT

vollständig erhalten  
 weitgehend erhalten  
 leicht eingeschränkt  
 stark eingeschränkt  
 Hörgerät wird getragen

Gewohnheiten, die beachtet werden sollen:



## ESSEN

selbstständig  
 teilweise Unterstützung  
 vollständige Unterstützung

Gewohnheiten, die beachtet werden sollen:

isst mit Besteck  
 isst mit den Fingern  
 verschluckt sich leicht



## TRINKEN

selbstständig  
 teilweise Unterstützung  
 vollständige Unterstützung

Gewohnheiten, die beachtet werden sollen:

isst trinkt aus Glas/Tasse  
 trinkt mit Hilfsmitteln (z.B. Schnabeltasse,...)  
 verschluckt sich leicht



## MEDIKAMENTENEINNAHME

vorbereitete Medikamente werden  
 selbstständig eingenommen  
 Medikamente werden nach  
 Aufforderung eingenommen  
 Medikamente werden eingegeben

Gewohnheiten, die beachtet werden sollen:



## KÖRPERPFLEGE/KLEIDEN

selbstständig  
 teilweise Unterstützung  
 vollständige Unterstützung

Gewohnheiten, die beachtet werden sollen:

Oberkieferprothese  
 Unterkieferprothese



## TOILETTE

selbstständig  
teilweise Unterstützung  
vollständige Unterstützung

Gewohnheiten, die beachtet werden sollen:

Harninkontinenz → Inkontinenzversorgung  
Stuhlinkontinenz → Inkontinenzversorgung  
Toilettentraining



## SCHLAF

Einschlafschwierigkeiten  
Durchschlafschwierigkeiten  
Tag-/Nachtumkehr

Gewohnheiten, die beachtet werden sollen:



## VERHALTEN/BESONDERHEITEN

Tendenz, weg zu laufen  
ablehnende Reaktion auf

Gewohnheiten, die beachtet werden sollen:

.....  
Selbstüberschätzung  
reagiert positiv auf Körperkontakt  
hält lieber Distanz  
nimmt Hilfe gut an  
wird unruhig, wenn

.....  
lässt sich beruhigen durch

.....  
Lieblingsthema (z.B. ehemalige Arbeit,  
Freizeitbeschäftigung, Vereine ...)



## BEWEGUNG

selbstständiges Gehen  
Gehen ist nicht möglich  
Unterstützung wird benötigt (Personell, Hilfsmittel)

Gewohnheiten, die beachtet werden sollen:



## LEGEN SIE FOLGENDE UNTERLAGEN, WENN MÖGLICH, BEI:

E-Card  
Liste der Medikamente  
Liste möglicher Medikamentenunverträglichkeiten  
Ausweise: Allergie, Diabetes, Blutgruppen, Herzschrittmacher, Implantate ...  
Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Sachwalterschaft, Vertretung nächster Angehöriger  
(Beilage in Kopie, sofern vorhanden)  
Weitere betreuungsrelevante Unterlagen .....

Ausgefüllt am ..... von .....  
*Unterschrift*

.....  
*NAME in BLOCKBUCHSTABEN*

### LITERATUR

**Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (2016):** Informationsbogen für Patienten mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus. <https://www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/informationsblaetter-downloads.html> [18.04.2016]

**KAGes/openMEDOCS Pflege:** Pflegeassessment für Erwachsene

**Landeskrankenhaus Graz Süd-West, Abteilung für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie:** Patienten-Informationsbogen zur Verwendung im Krankenhaus. [http://www.lkh-graz-sw.at/cms/dokumente/10004657\\_2171230/54ce5c54/Patienten%20Informationsbogen%20APP%202015.pdf](http://www.lkh-graz-sw.at/cms/dokumente/10004657_2171230/54ce5c54/Patienten%20Informationsbogen%20APP%202015.pdf) [18.05.2015]

**Schweizerische Alzheimervereinigung (2009):** Patienten-Datenblatt für den Spitalaufenthalt. <http://www.alzheimerurischwyz.ch/udoc/patienten-datenblatt-spitalaufenthalt.pdf> [18.05.2015]