



Patientenetikette

Erhebungsdatum

## Sehr geehrte Bezugsperson!

Dieser Überleitungsbogen wurde speziell auf ältere Personen bzw. Menschen mit demenziellen Erkrankungen ausgerichtet und soll dem Pflegepersonal dieses Krankenhauses bei der Eingliederung Ihres Angehörigen in den Krankenhausalltag helfen und umfassende Informationen zusätzlich zum Aufnahmegespräch vermitteln.

**Bitte geben Sie den ausgefüllten Bogen im Stationsstützpunkt ab!**

**Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Mithilfe!**

<b>Möchte angesprochen werden als Herr/Frau</b>			
<b>Früherer Beruf (z. B. Handwerk)</b>			
<b>Muttersprache</b>			
<b>Bezugsperson</b>		<b>Telefonnummer</b>	
<b>gesetzliche Vertretung</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Name	Telefonnummer		
<b>Patientenverfügung</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Bisherige Versorgung:</b>	<input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> mobiler Dienst	<input type="checkbox"/> 24 h Betreuung <input type="checkbox"/> Pflegeheim
<b>Pflegegeld</b>	Stufe	_____	seit _____
<b>Demenz Diagnose</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit _____
<b>Allergien</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
<b>Fremdkörper / Metalle im Körper</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
<b>Sturzrisiko</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Welche Maßnahmen werden gesetzt?			
<b>Schmerzäußerungen</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> keine Schmerzen
Wann treten Schmerzen auf?			
Wie werden Schmerzen geäußert?			
Welche Maßnahmen helfen?			
<b>Einschränkungen beim Hören</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer
Hörgerät vorhanden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> mitgebracht
Anweisungen können umgesetzt werden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Einschränkungen beim Sehen</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer
Brille vorhanden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> mitgebracht
Text kann gelesen werden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Text kann gelesen und verstanden werden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Verstehen der Sprache</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer
Kurze Fragen / Gesten werden verstanden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Kontaktverhalten</b>			
sucht Kontakt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
lehnt Kontakt ab	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Der Betroffene teilt mit was er benötigt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Stimmung</b>			
	ängstlich	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	gereizt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	gehoben	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	gedrückt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja



<b>Besonderheiten beim Essen und Trinken</b>				<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Zahnprothese vorhanden		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> mitgebracht	
Vorlieben					
Abneigungen					
Schluckstörungen				<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sind spezielle Maßnahmen/Hilfsmittel erforderlich?					
<b>Gewohnheiten im Tagesverlauf (Rituale, Hilfestellungen)</b>					
Morgens	Mittags	Abends	Nachts		
<b>Schlafen und Schlafgewohnheiten</b>					
Schläft gut				<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Geht zu Bett gegen				_____	Uhr
Schläft gerne bis				_____	Uhr
tagaktiv			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	nachtaktiv <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Herausfordernde Verhaltensweisen</b>					
<input type="checkbox"/> Abwehrendes Verhalten bei der Körperpflege	<input type="checkbox"/> Ängste	<input type="checkbox"/> Antrieb gesteigert	<input type="checkbox"/> Antrieb vermindert		
<input type="checkbox"/> Wiederholende Geräusche	<input type="checkbox"/> Unangemessenes Rufen	<input type="checkbox"/> Bedrohliches Verhalten	<input type="checkbox"/> Beschuldigungen		
<input type="checkbox"/> „nach Hause wollen“	<input type="checkbox"/> Misstrauen	<input type="checkbox"/> Nahrungsablehnung	<input type="checkbox"/> Medikamentenablehnung		
<input type="checkbox"/> Einpacken	<input type="checkbox"/> Rückzug	<input type="checkbox"/> Teilnahmslosigkeit	<input type="checkbox"/> Ruheloses Umhergehen		
<input type="checkbox"/> Aufräumen	<input type="checkbox"/> Unruheverhalten	<input type="checkbox"/> Weglauf-tendenzen	<input type="checkbox"/> Orientierungsschwierigkeiten		
In welcher Situation:					
<b>Gibt es bewährte Hilfestellungen?</b>				<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Welche?					
<b>Besondere Verhaltensweisen zu Hause:</b>				<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Welche?					
<b>Besondere Verhaltensweisen in fremder Umgebung:</b>				<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Welche?					
<b>Gibt es Gegenstände oder Rituale, welche der Beruhigung dienen?</b>				<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Welche?					
<b>Bei ständigem Rufen. Nach wem wird gerufen?</b>					