



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!

Patientenname: _____	Ausfüllende Person: _____
Erhebungsdatum: _____	

Möchte angesprochen werden als Herr/Frau			
Früherer Beruf (z. B. Handwerk): _____			
Muttersprache: _____			
Bezugsperson		Telefonnummer	
Vertretung gem. Erwachsenenschutzrecht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Art der Vertretung _____	
zeitlich befristet	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, endet am: _____	
Name	Telefonnummer		
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Bisherige Versorgung:	<input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> mobiler Dienst	<input type="checkbox"/> 24 h Betreuung <input type="checkbox"/> Pflegeheim
Pflegegeld	Stufe _____	seit _____	
Demenz Diagnose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit _____
Allergien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Fremdkörper / Metalle im Körper	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Sturzrisiko	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Welche Maßnahmen werden gesetzt?			
Schmerzäußerungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> keine Schmerzen
Wann treten Schmerzen auf?			
Wie werden Schmerzen geäußert?			
Welche Maßnahmen helfen?			
Einschränkungen beim Hören	<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	
Einschränkungen beim Sehen	<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	
Verstehen der Sprache	<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	
Kontaktverhalten			
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	
Stimmung			
	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



Besonderheiten beim Essen und Trinken		<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?			
Gewohnheiten im Tagesverlauf (Beschäftigung, Hobbys, Rituale, Hilfestellungen ...)			
Morgens	Mittags	Abends	Nachts
Schlafen und Schlafgewohnheiten			
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
Herausfordernde Verhaltensweisen			
<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"/> Weglauftendenzen	<input type="checkbox"/> Orientierungsschwierigkeiten
In welcher Situation:			
Gibt es bewährte Hilfestellungen?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Welche?			
Besondere Verhaltensweisen zu Hause:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Welche?			
Besondere Verhaltensweisen in fremder Umgebung:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Welche?			
Gibt es Gegenstände oder Rituale, welche der Beruhigung dienen?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Welche?			
Bei ständigem Rufen. Nach wem wird gerufen?			