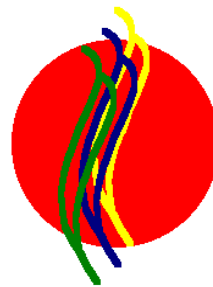


Informationen über eine Person mit Altersverwirrtheit / Demenz

Gegebenenfalls auf Doppelangaben im Pflegeverlegungsbericht achten.



Nachname: _____ Geborene: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Allgemeines:

1. Angehöriger oder Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer / Bevollmächtigter:

Name: _____

Telefon / Handy: _____

2. Pflegegrad: ☐ keiner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

3. Sozialstation: ☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

4. Hilfsmittel? (z. B. Rollator, Brille, Hörgerät, Einlagen, Zahnprothese)

⇒ Funktioniert der Umgang mit diesen Hilfsmitteln selbstständig? ☐ Ja ☐ Nein

Wichtige Informationen:

1. Verändertes Verhalten bekannt? Seit wann?

(z.B. Herumlaufen, Schreien, Rufen, Schlagen, Kratzen, etc.)

2. Sozialverträglichkeit? Probleme im Mehrbettzimmer zu erwarten?

3. Reaktionen auf Berührung? _____

4. Reaktionen auf Umgebungswechsel? _____

5. Sind Schmerzen bekannt? ☐ Nein ☐ Ja, wo? _____

6. Wie werden Schmerzen geäußert? _____

Bewährte Mittel dagegen: _____

Kommunikation:

1. Anrede: Reagiert auf ☐ Vorname ☐ Name ☐ Mädchenname ☐ _____

2. Können Informationen: - mitgeteilt werden? ☐ Ja ☐ Nein

- richtig verstanden werden? ☐ Ja ☐ Nein

- umgesetzt werden? ☐ Ja ☐ Nein

Bewegung:

1. Ist eine Sturzgefahr bekannt? ☐ Ja ☐ Nein

2. Vermehrter Bewegungsdrang? ☐ Ja ☐ Nein

3. Bekannte Weglauftendenz? ☐ Ja ☐ Nein

Wir empfehlen Ihnen -als Angehöriger und/oder professioneller Bezugsperson eines Altersverwirrten- dieses Informationsblatt auszufüllen und zu den persönlichen Sachen des Betroffenen zu legen (am Besten in die Notfallmappe), sodass diese wichtigen Informationen bei einer Krankenhauseinweisung, einem Arztbesuch, einer Pflegeheim-Aufnahme, einer Sozialstations-Betreuung jederzeit zur Verfügung stehen.



Essen und Trinken:

Liebblingsgerichte: _____
 Liebblingsgetränke: _____
 Abneigungen: _____

1. Bestimmte Ess- und Trinkgewohnheiten?

_____ (z.B. Zeiten, mit Fingern essen, Glas, Becher, Tasse, usw.)

2. Ist Hilfe bei den Mahlzeiten nötig?

☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

Körperpflege:

Kann die Körperpflege:

- eigenständig durchgeführt werden? ☐ Ja ☐ Nein
- teilweise eigenständig durchgeführt werden? ☐ Ja ☐ Nein

Besonderheiten für die Mundpflege? (z.B. Prothesen, Haftcreme, etc.)

_____ Weitere Wünsche und Gewohnheiten:

Ausscheiden:

1. Gewohnheiten (Zeiten, Medikamente, besondere Speisen, Zigarette)

2. Besteht Hilfebedarf? ☐ Nein ☐ Ja, welcher? _____

Ruhen und Schlafen:

1. Gewohnheiten: _____

Uhrzeit von bis: _____ Schlafunterbrechungen: ☐ Ja ☐ Nein
 Bettseitenausstieg typisch ☐ Links *und/oder* ☐ Rechts

2. Einschlafhilfe nötig? ☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

3. Tag-Nacht-Umkehr? ☐ Ja ☐ Nein

Beschäftigung:

1. Lieblingsbeschäftigungen: _____

2. Erlernerter / ausgeübter Beruf: _____

Sonstiges: _____

Ausgefüllt von

 Name, Vorname, evtl. Einrichtung

 Ort, Datum

 Unterschrift