

Informationsbogen* DEMENZ

*(Zusatzbogen zum Pflegeüberleitungsbogen Nordhessen)
Auszufüllen durch Angehörige oder Pflegeeinrichtungen

Ausgefüllt durch (bitte Namen angeben)

Angehörige Betreuer verlegende Einrichtung

Datum: _____

1. Name des Erkrankten: _____ **geb.am:** _____

2. Name/Kontakt Daten Angehörige/Betreuer: _____

hat Betreuung hat Vorsorgevollmacht

3. Name/Kontakt Daten Hauptbezugsperson (wenn abweichend zu 2.): _____

4. Patientenverfügung: vorhanden nicht vorhanden

5. Kontaktaufnahme erwünscht bei:

- Angehörigen rund um die Uhr nur von: _____ bis: _____ Uhr
 zunehmender Unruhe/Verwirrtheit des Erkrankten
 Einleitung von Schutzmaßnahmen Verschlechterung des AZ
 fehlender Kooperation in Pflegesituationen
 Problemen bei der Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme
 Sonstigem: _____

6. Wichtig/Unwichtig (unw.) im Kontakt mit dem Erkrankten sind:

Religion: _____ wichtig unw.
Herkunft: _____ wichtig unw.
Heimat: _____ wichtig unw.
Muttersprache: _____ wichtig unw.
Dialekt: _____ wichtig unw.
Beruf: _____ wichtig unw.
Stolz: _____ wichtig unw.
Scham: _____ wichtig unw.
Sonstiges: _____

7. Nähe und Distanz: Der Erkrankte...

- reagiert positiv auf Körperkontakt hält lieber Distanz
 wünscht geschlechtsspezifische Pflege
 zeigt Weg-/Hinlauff tendenz bei: _____
 kann abrupt ablehnend reagieren wenn: _____

8. Essen und Trinken: *isst selbstständig*

- isst unselbstständig erkennt Essen
 Besteck in Hand legen an Essen erinnern
 isst mit den Fingern Bewegung führen
 Geduld beim Essen Gebiss vorhanden
 nur ein Besteck: _____
 trinkt selbstständig trinkt unselbstständig
 erkennt Getränke an Trinken erinnern
 tägliche Trinkmenge: _____ ml

Risiken bei Essen & Trinken:

- Schluckstörung* behält Essen im Mund
 Sonstige: _____

Bevorzugte Speisen & Getränke: _____

Abneigung / Unverträglichkeit: _____

Abwehrverhalten bei: _____

9. Ruhen und Schlafen:

- ohne Probleme *Einschlafst.* *Durchschlafst.*
 geht zu Bett gegen: h wacht auf gegen: h

Entspannung durch: _____

Einschlafgewohnheit: _____

Bei Problemen hilft: _____

10. Ausscheidung:

- Kontrolle der Blase: ja nein
Kontrolle des Darms: ja nein
Erkennt Toilette: ja nein
Findet Toilette: ja nein

Gewohnte Toilettenzeiten: _____

Hilfsmittel: Urinflasche Steckbecken

Toilettenstuhl Vorlage, welche: _____

Hilfestellung nötig bei: _____

11. Sprachverständnis:

- weitgehend erhalten sehr eingeschränkt (z.B. nur prägnante Worte)
 kurze Fragen werden verstanden nur Gesten werden verstanden
 prägnante, verständliche Worte (gewohnte Begrifflichkeiten): _____

fühlt sich am ehesten mit folgendem Namen angesprochen: _____

12. Sprechfähigkeit:

- weitgehend erhalten kurze Sätze können gebildet werden
 sehr eingeschränkt keine, weil: _____

13. Gewohnheiten im Tagesablauf:

morgens: _____

mittags: _____

abends: _____

nachts: _____

14. Verhalten in Stresssituationen:

Ärger/Abwehr bei: _____

Angst bei: _____

Stressminderung durch: _____

15. Körperpflege und An- Auskleiden:

Bevorzugt: Waschbecken Wannenbad Dusche

Bevorzugte Zeiten: _____

Verhalten in der Pflegesituation: _____

Risiken (z.B. empf. Haut): _____

Lieblingskleidungsstück: _____

Hilfestellung nötig bei: _____

Abwehrendes Verhalten bei: _____

Legende:

AZ = Allgemeinzustand unw = unwichtig empf. = empfindliche

Hinweis für Pflegeeinrichtungen:

Kursiv gedruckt = Doppelung bei Verwendung des Pflegeüberleitungsbogens Nordhessen! Das *kursive* Feld muss in diesem Fall nicht ausgefüllt werden.