

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.