



Gut vorbereitet ins Krankenhaus

Dieser Informationsbogen kann Sie dabei unterstützen dem betreuenden Personal Ihre Interessen, Gewohnheiten und Bedürfnisse mitzuteilen, falls eine persönliche Weitergabe im Bedarfsfall nicht bzw. erschwert möglich ist.

Der Aufenthalt in unserem Krankenhaus kann erleichtert werden, wenn uns wesentliche persönliche Informationen von Anfang an vorliegen. Daher bitten wir Sie oder Ihre/ Ihren Angehörigen (Bezugsperson), nach Möglichkeit diesen Bogen vor der Aufnahme auszufüllen und mitzubringen. Der Informationsbogen soll Ihren aktuellen Alltag abbilden.

Dieser Fragebogen wird als Teil Ihrer Krankengeschichte elektronisch archiviert und kann zu einem späteren Zeitpunkt wieder herangezogen werden. Die Informationen zu ihrer Person unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt.

***Wir freuen uns, wenn Sie sich einbringen
und uns aktiv helfen Ihren Aufenthalt mitzugestalten.***

Haben Sie daran gedacht, die Medikationsliste auszufüllen?

Haben Sie daran gedacht, die Checkliste für den Krankenhausaufenthalt auszufüllen?

Download unter www.demenz-tirol.at

Ausfülldatum: _____

Informationsbogen

Ausgefüllt von (Name) _____

- ☐ Patient:in ☐ (Ehe)Partner:in
☐ Tochter / Sohn ☐ Andere/r

Ausgefüllt am _____

Kontaktperson/en

Wer soll verständigt werden? (Name) _____

- ☐ (Ehe)Partner:in ☐ Tochter/Sohn ☐ Andere/r

Telefon _____

Erreichbarkeit Kontaktperson/en

- ☐ rund um die Uhr
☐ nur von _____ bis _____ Uhr

Lebenssituation

- ☐ alleinlebend ☐ gemeinsam lebend mit _____
☐ im Wohn- / Pflegeheim lebend ☐ 24-h-Betreuung

Wichtig im Kontakt

Muttersprache / Dialekt _____

Regionale Herkunft / Heimat _____

Beruf / ehemaliger Beruf _____

diese Situationen / Personen sind angstausslösend _____

Interessen/ Beschäftigung

Haustiere (Welche?) _____

Musikgeschmack / Stilrichtung / Radiosender (Welche?) _____

Fernsehgewohnheiten (Welche?) _____

Die Patientin / der Patient

Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ) _____

Telefon _____

Patientenverfügung ☐ ja ☐ nein

Vorsorgevollmacht ☐ ja ☐ nein

Erwachsenenvertretung ☐ ja ☐ nein

Vertretung in folgenden Angelegenheiten:

- ☐ Vertretung in einem Gerichtsverfahren
☐ Verwaltung der Einkünfte und/oder des Vermögens
☐ Vertretung bei Rechtsgeschäften
☐ Vertretung für medizinische Behandlung
☐ Sonstige Angelegenheiten

Name / Telefon _____

Ambulante Hilfsdienste

Art der Unterstützung (z.B. beim Einkaufen, im Haushalt ...) _____

Werte / Was war früher wichtig (Arbeit, Familie, ...)? _____

Ist Ihnen Ihr Glaube/Spiritualität wichtig? ☐ ja ☐ nein

Seelsorgerischer Besuch erwünscht ☐ ja ☐ nein

Ehrenamtlicher Besuchsdienst erwünscht ☐ ja ☐ nein

Bitte mit diesem Namen ansprechen _____

Hobbys (Welche?) _____

beliebte Gesprächsthemen (Welche?) _____

Verstehen von Sprache

Sprachverständnis

- ☐ vollständig erhalten
- ☐ weitgehend erhalten
- ☐ kurze Fragen werden verstanden
- ☐ sehr eingeschränkt, nur prägnante Worte
- ☐ Gesten werden verstanden
- ☐ Reagiert auf Ansprache mit Blickkontakt
- ☐ Fehlt

Mobilität/ Transfer

- ☐ Gehen ohne Hilfsmittel / selbstständig
- ☐ Gehen mit Hilfsmittel _____
mitgebracht ☐ ja ☐ nein
- ☐ brauche/ braucht _____ Hilfspersonen beim Gehen
- ☐ Stürze in der Vergangenheit
In welcher Situation? _____
- ☐ braucht Unterstützung beim Aufsitzen
- ☐ braucht Unterstützung beim Umsetzen von Bett auf Stuhl
- ☐ Erhöhter Bewegungsdrang
- ☐ Verstärktes Bedürfnis den Ort zu verlassen

Hilfsmittel und Kommunikation

Einschränkungen Sehen

- ☐ keine ☐ schwer ☐ leicht
- ☐ Brille
- ☐ Welche Art der Unterstützung ist notwendig?

Medikamente – Einnahme

- ☐ selbstständig ☐ wird verabreicht
- ☐ unter Aufsicht ☐ gemörsert (Verabreichungsform)
- ☐ wird vorbereitet

Schmerzen

Schmerzäußerung ☐ ja ☐ nein

Wie werden Schmerzen mitgeteilt?
(z.B. verbal, über das Verhalten)

Sind Schmerzen vorbekannt? ☐ ja ☐ nein

Sprechfähigkeit

- ☐ vollständig erhalten
- ☐ weitgehend erhalten
- ☐ kurze Sätze können gebildet werden
- ☐ sehr eingeschränkt z. B. einzelne Worte
- ☐ Nonverbale Kommunikation möglich
- ☐ nicht möglich
- ☐ Sonstiges _____

Nähe und Distanz

- ☐ Körperkontakt erwünscht
- ☐ Distanz wird bevorzugt
- ☐ vermutliche Gründe für ablehnendes Verhalten
z.B. bei der Körperpflege

Einschränkungen Hören

- ☐ leicht ☐ schwer ☐ keine
- ☐ Hörgerät ☐ rechts ☐ links
- ☐ Welche Art der Unterstützung ist notwendig?

Medikamentenliste beiliegend ☐ ja ☐ nein

Tipps, um die Einnahme zu erleichtern?

Lokalisation

Was bringt Linderung?

Rituale und Gewohnheiten im Tagesablauf

Morgens, z. B. zuerst Frühstück

Mittags, z. B. Ruhepause

Abends, z. B. Rituale, Getränke, Geschichten

Nachts, z.B. Fernsehen, Lesen im Bett

Ruhe und Schlafen

☐ Ruhe und Schlaf ohne Probleme

☐ zu Bett gehen gegen _____ Uhr

☐ Aufstehen gegen _____ Uhr

☐ Gibt es gewohnte Toilettenzeiten in der Nacht?
_____ Uhr _____ Uhr _____ Uhr

☐ nächtliche Unruhe

Atmung

☐ Raucher:in

☐ Nichtraucher:in

Beeinträchtigung der Atmung bei
(z.B. Treppensteigen, Stresssituationen)

Essen

☐ selbstständig

☐ benötigt Hilfestellung bei _____

spezielles/bevorzugtes Besteck

bevorzugte Speisen

Abneigungen gegenüber Speisen

spezielles Vorbereiten

Zwischenmahlzeiten

Diät, Unverträglichkeiten

Risiken, z.B: Verschlucken

Angst und Sorgen

Gibt es Sorgen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Was kann Sorgen lindern?

Gibt es Ängste? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Was kann Ängste lindern?

Schlafgewohnheiten (z.B. Rückenschläfer, dunkler Raum)

Einschlaffördernde Maßnahmen

An- und Auskleiden

☐ selbstständig

☐ Lieblingskleidung _____

☐ Unterstützung notwendig bei _____

zu beachten / Besonderheiten

Trinken

☐ selbstständig

spezielles/bevorzugtes Trinkgefäß

bevorzugte Getränke

Abneigungen gegenüber Getränke

tägliche Trinkmenge _____ ml

Risiken, z.B: Verschlucken

zu beachten/ Besonderheiten/ Abneigungen

Gewichtsverlauf in den letzten 3 Monaten

☐ gleichbleibend ☐ zugenommen ☐ abgenommen

Körperpflege

- ☐ selbstständig
☐ teilweise Hilfestellung bei _____
☐ völlig auf Hilfe angewiesen

Vorlieben: am Waschbecken, Duschen, Baden

Tipps, um die Körperpflege zu erleichtern?

Zeitpunkt und Häufigkeit der Körperpflege

Abneigungen

Mund-/ Zahnpflege

Prothese

regelmäßig in Verwendung ☐ ja ☐ nein

Oberkiefer: ☐ Vollprothese ☐ Teilprothese

Unterkiefer: ☐ Vollprothese ☐ Teilprothese

Werden Prothesen für die Nacht herausgenommen?

☐ ja ☐ nein

Gewohnheiten Mundpflege

Tipps, um die Mundpflege zu erleichtern

Ausscheiden

Wie wird Bedürfnis nach Toilettengang kommuniziert
(z.B. verbal, non-verbal)?

Harn

- ☐ selbstständig
☐ Toilette wird erkannt
☐ Begleitung zur Toilette notwendig
☐ auf Toilette nicht alleine lassen
☐ Harninkontinenz
☐ nur in der Nacht inkontinent
☐ feste Toilettenzeiten untertags: ____ Uhr ____ Uhr ____ Uhr
☐ Hilfsmittel (z. B. Urinflasche, Urinal, Einlage)

☐ Dauerkatheter / Harnkatheter ☐ Blasenfistel

wenn zutreffend: seit wann: _____
letzter Wechsel am: _____

Allergien / Unverträglichkeiten

Hautveränderungen/ Verletzungen/ Wunden

Akute Verwirrtheit bei einem vorherigen Krankenhausaufenthalt

Stuhl

- ☐ selbstständig ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig
☐ Stuhlinkontinenz

Hilfsmittel (z. B. Einlage)

Besonderheiten/Gewohnheiten

Tipps im Umgang mit dem Thema Ausscheidungen

Ein Krankenhausbesuch steht kurz bevor.
Bitte vermerken Sie hier Beobachtungen der
letzten Tage und wichtige Hinweise zur aktuellen
Situation (Gesundheitszustand, Betreuungssituation,
Besonderheiten ...).

Datum _____

Den Informationsbogen finden Sie zum Download auf unserer Website www.demenz-tirol.at.