



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

Mund-/ Zahnpflege

Prothese

regelmäßig in Verwendung ja nein

Oberkiefer: Vollprothese Teilprothese

Unterkiefer: Vollprothese Teilprothese

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

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

Tipps, um die Körperpflege zu erleichtern?

Zeitpunkt und Häufigkeit der Körperpflege

Abneigungen

Werden Prothesen für die Nacht herausgenommen?

ja nein

Gewohnheiten Mundpflege

Tipps, um die Mundpflege zu erleichtern

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 _____