



Gut vorbereitet ins Krankenhaus oder Pflegeheim

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/ Wohn- und Pflegeheim 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.*

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

Hilfsdienste bisher _____

Wichtig im Kontakt

Muttersprache / Dialekt _____

Regionale Herkunft / Heimat _____

Beruf / ehemaliger Beruf _____

diese Situationen / Personen sind angstausslösend _____

Interessen/ Beschäftigung

Haustiere _____

Musikgeschmack / Stilrichtung / Radiosender _____

Fernsehvorlieben _____

Die Patientin / der Patient

Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ) _____

Telefon _____

Patientenverfügung ja nein

Vorsorgevollmacht ja nein

Erwachsenenvertretung ja nein

Wirkungsbereich _____

Name / Telefon _____

Wertgegenstände

Mitgebracht ja nein

Welche? _____

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

Glaubensbekenntnis _____

Seelsorgerischer Besuch erwünscht ja nein

Ehrenamtlicher Besuchsdienst erwünscht ja nein

Bitte mit diesem Namen ansprechen _____

Hobbys _____

beliebte Gesprächsthemen / Sonstiges _____

Verstehen von Sprache

Sprachverständnis

- vollständig erhalten
- weitgehend erhalten
- kurze Fragen werden verstanden
- sehr eingeschränkt, nur prägnante Worte
- fehlt
- Gesten werden verstanden

Mobilität/ Transfer

- Gehen ohne Hilfsmittel / selbstständig
- Gehen mit Hilfsmittel _____
mitgebracht ja nein
- brauche/ braucht _____ Hilfspersonen beim Gehen
- Stürze in der Vergangenheit
- Unterstützung beim Aufsitzen
- Unterstützung beim Bett-Stuhl Transfer

Hilfsmittel und Kommunikation

Einschränkungen Sehen

- leicht schwer keine
- Brille mitgebracht ja nein
- Sonstiges _____

Medikamente – Einnahme

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

Schmerzen

- Schmerzäußerung ja nein
- Wenn ja, wie _____

Sprechfähigkeit

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

Nähe und Distanz

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

Einschränkungen Hören

- leicht schwer keine
- Hörgerät rechts links
mitgebracht ja nein
- Sonstiges _____

_____ bei der Verabreichung zu beachten

Medikamentenliste beiliegend ja nein

_____ Linderung durch

_____ zu beachten

Rituale und Gewohnheiten im Tagesablauf

Morgens, z. B. zuerst Frühstück

Mittags, z. B. Ruhepause

Abends, z. B. Rituale, Getränke, Geschichten

Wünsche, Vorlieben, Lieblingsbeschäftigungen z.B. Stricken

Nachts, z.B. Fernsehen, Lesen im Bett

Hinlauftendenzen

zur Entspannung hilft

in Stresssituationen hilft

Ruhe und Schlafen

- Ruhe und Schlaf ohne Probleme
- zu Bett gehen gegen _____ Uhr
- Aufstehen gegen _____ Uhr
- Toilettengänge gegen _____ Uhr _____ Uhr _____ Uhr
- nächtliche Unruhe

- Einschlafgewohnheiten
(Seitenschläfer:in, Nachtlicht, Musik zum Einschlafen etc.)

- Einschlafstörungen / Schlafprobleme, hilfreich ist

Atmung

- Raucher:in
- Nichtraucher:in

Beeinträchtigung der Atmung bei

- Heimsauerstoff
- mitgebracht

zu beachten / Besonderheiten

An- und Auskleiden

- selbstständig
- Lieblingskleidung _____
- Unterstützung notwendig bei

zu beachten / Besonderheiten

Essen

- selbstständig
- benötigt Hilfestellung bei _____

spezielles/bevorzugtes Besteck

bevorzugte Speisen

spezielles Vorbereiten

Zwischenmahlzeiten

Diät, Unverträglichkeiten

Risiken, z.B: Verschlucken

Trinken

- selbstständig

spezielles/bevorzugtes Trinkgefäß

bevorzugte Getränke

tägliche Trinkmenge _____ ml

Risiken, z.B: Verschlucken

zu beachten/ Besonderheiten/ Abneigungen

Gewichtsverlauf in den letzten 3 Monaten

- gleichbleibend
- zugenommen
- abgenommen

