



Informationsbogen bei der Aufnahme von nicht ansprechbaren Personen

Name:

Vorname:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Wohnort:

Angehörige: (Ehe-)Partner oder Partnerin

Sohn oder Tochter

andere

Name:

Vorname:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Wohnort:

Telefon-Nr.:

Handy-Nr.:

E-Mail:

Pflegeversicherung:

nein

Pflege-Grad:

I

II

III

IV

V

Haus-Arzt oder Ärztin:

Telefon:

Fach-Arzt oder Ärztin:

Telefon:

Pflegedienst:

Telefon:

Tagespflege:

Telefon:

Rechtlicher Betreuer (Bitte Kopie des Betreuerausweises hinterlegen!)

Name:

Vorname:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Wohnort:

Telefon-Nr.:

Handy-Nr.:

E-Mail:

Kontaktaufnahme erwünscht bei:

zunehmender Unruhe der kranken Person

Problemen bei der Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme

fehlender Kooperation in Pflegesituationen

Einleitung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen

oder bei

rund um die Uhr

nur von

bis

Uhr

Angehörige oder Angehöriger

Betreuende Person



Informationsbogen bei der Aufnahme von nicht ansprechbaren Personen

Aufbewahrungsort (Kopie mitgeben!): _____

Patienten-Verfügung: Ja Nein

Vorsorge-Vollmacht: Ja Nein

Betreuungs-Verfügung: Ja Nein

Einschränkungen (Behinderungen)

Sehen: leicht schwer Brille vorhanden

Hören: leicht schwer gehörlos

Hörgerät vorhanden Hörgerät rechts Hörgerät links

Verstehen von Sprache: ist weitgehend erhalten ist sehr eingeschränkt

kurze Fragen werden verstanden Gesten werden verstanden Sprachverständnis fehlt

Sprache und Sprechfähigkeit: sind weitgehend erhalten sind sehr eingeschränkt

kurze Sätze können gebildet werden

nicht möglich, weil: _____

Wichtig im Kontakt mit der kranken Person sind:

Religion: _____

Regionale Herkunft/Heimat: _____

Muttersprache / Dialekt: _____

Früherer eigener Beruf: _____

Früherer Wohnort: _____

Stolz / Bedeutsames: _____

Hobbys / Vorlieben: _____

Prägende Erlebnisse: _____

Nähe und Distanz: die kranke Person

reagiert positiv auf Körperkontakt

hält lieber Distanz

Situationen in denen abrupt ablehnend reagiert wird: _____



Informationsbogen bei der Aufnahme von nicht ansprechbaren Personen

Gewohnheiten im Tagesablauf:

morgens (z.B. zuerst Frühstück):

mittags (z.B. Ruhepause):

abends (z.B. Getränke, Rituale):

Gewohnheiten die beachtet werden sollen:

Zur Entspannung:

Zum Einschlafen:

In Stress-Situationen:

In Pflege-Situationen:

Persönliches Verhalten:

Wünsche und Vorlieben:

Ärger / abwehrendes Verhalten bei:

Angst bei:

Weglauf-Tendenzen:

Aufsichtspflicht

ambulante Therapeuten



Informationsbogen bei der Aufnahme von nicht ansprechbaren Personen

Essen und Trinken:	<u>Schluckstörung</u>	<u>Mundschleimhautveränderungen</u>
isst selbstständig	erkennt Essen	braucht Ansprache / Erinnerung
trinkt selbstständig	erkennt Getränke	isst mit den Fingern
Besteck in die Hand legen		Hand führen / Bewegung führen
Essen und Trinken stets anreichern		hochkalorische Ernährung
Gebiss vorhanden	tägliche Trinkmenge:	_____ ml

Andickmenge (Schluckstörung): _____

PEG-Sonde (H₂O + welche Nahrung): _____

Risiken (z. B. Verschlucken): _____

Abneigung/Unverträglichkeiten: _____

Bevorzugte Speisen und Getränke: heiß kalt

Hilfestellung: _____

Abwehrendes Verhalten: _____

Ruhen und Schlafen:	Ruhen und Schlafen ohne Probleme	Einschlafstörungen
Durchschlafstörungen	nächtl. Toilettengänge gegen _____ und _____ Uhr	
geht zu Bett gegen _____ Uhr;	wacht auf gegen _____ Uhr	
geänderter Tag-Nacht-Rhythmus	nächtliches Aufstehen	zum WC Unruhe

Einschlafgewohnheiten _____

bei Einschlafstörungen / nächtliche Unruhe hilft: _____

Körperpflege:	Körperpflege selbstständig	wäscht sich am Waschbecken selbst
benutzt Waschlappen/-handschuh	bevorzugt:	Dusche Wannenbad
wäscht Oberkörper selbstständig		ist völlig auf Hilfe angewiesen

Hilfestellung erforderlich bei: _____

Abwehrendes Verhalten bei: _____



Informationsbogen bei der Aufnahme von nicht ansprechbaren Personen

Risiken (z.B. Empfindlichkeiten):

Mobilität:

Stutzgefahr:

Wunden:

Dekubitus:

An- und Auskleiden:

Lieblingskleidungsstücke:

Besonderheiten:

Abwehrendes Verhalten bei:

Ausscheiden:

auf Toilette **nicht** alleine lassen!

erkennt Toilette

Kontrolle der Blase

Kontrolle des Darms

Dauerkatheder

künstlicher Darmausgang (z.B. Anus praeter):

Weitere Angaben:

letzter Stuhlgang (möglichst Datum, Uhrzeit):

Feste Toilettenzeiten

Hilfsmittel

Vorlage

Steckbecken

Einlagen

Urinflasche

Unverträglichkeiten Inkontinenzmaterial:

Weitere Hilfsmittel / Besonderheiten:

Welche Personen sind dem Kranken wichtig (z.B. (verstorbene) Angehörige, Freunde, Bekannte, Nachbarn (Name, Vorname, evtl. Spitzname, Zugehörigkeit Pfarrei/Gemeinschaft)



Informationsbogen bei der Aufnahme von nicht ansprechbaren Personen

Gibt / gab es Haustiere? (Welche, Namen)

Worauf reagiert die kranke Person besonders gut („Schlüsselwörter“, Farben, Licht)?

Was mag die kranke Person gar nicht?

Was sollte jemand wissen, der den an erkrankten Menschen sucht oder findet (nach was könnte die Person gesucht haben, wo wollte sie evtl. hin, was sind typische Verhaltensweisen)?

Gibt es weitere Besonderheiten / Wissenswertes:

Welche **Unterlagen** haben Sie mitgegeben (Notfall-Mappe, medizinische Ausweise, usw.), welche **Hilfsmittel** haben Sie mitgegeben oder sind vorhanden:
