



# 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

Hinlauff Tendenzen

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

## Körperpflege

- selbstständig  
 teilweise Hilfestellung bei \_\_\_\_\_  
 völlig auf Hilfe angewiesen

Vorlieben: am Waschbecken, Duschen, Baden

## Mund-/ Zahnpflege

Prothese

- Vollprothese     Teilprothese  
 Oberkiefer     Unterkiefer  
 Mitgebracht     ja     nein

Prothesenversorgung in der Nacht

## Ausscheiden

Harn

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

- Dauerkatheter / Harnkatheter     Blasenfistel

wenn zutreffend: seit wann: \_\_\_\_\_  
 letzter Wechsel am: \_\_\_\_\_

Allergien / Unverträglichkeiten

Hautveränderungen/ Verletzungen/ Wunden

Verwirrtheit bei einem vorherigen  
 Krankenhausaufenthalt

Wichtige Hinweise oder Mitteilungen

Haarwäsche/-pflege wie oft pro Woche

spezielle Pflegeprodukte, Hautpflege

Zeitpunkt und Häufigkeit der Körperpflege

Abneigungen

Mundpflege mit

zu beachten / Besonderheiten

Stuhl

- selbstständig     regelmäßig     unregelmäßig

Letzter Stuhlgang am \_\_\_\_\_

Stuhlinkontinenz

Hilfsmittel (z. B. Einlage)

benötigte Abführmittel

Gewohnheiten

Mitteilungsfähigkeit bezüglich Harn- und Stuhldrang

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

Datum \_\_\_\_\_

Den Informationsbogen finden Sie zum Download auf unserer Website [www.demenz-tirol.at](http://www.demenz-tirol.at).