

Menschen mit Demenz im Krankenhaus

Angehörige / Bevollmächtigte
geben Auskunft ...

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Heft, das Sie in den Händen halten, ist für **Angehörige** oder Bevollmächtigte von **dementiell veränderten Menschen** geschrieben. Wir bitten Sie, die folgenden Fragen für uns - die Pflegefachkräfte im Klinikum Braunschweig - zu beantworten, damit wir zeitnah und adäquat auf die Bedürfnisse Ihres erkrankten Angehörigen / Betreuten eingehen können.

Wie Sie bereits aus unserem Flyer *Patienten mit Demenz im Krankenhaus* entnehmen können, benötigen diese Menschen einen geschützten und vertrauten Raum für Ihren Alltag. Eines unserer Ziele hierbei ist, die täglichen Rituale, Gewohnheiten und Bedürfnisse weitgehend mit zu berücksichtigen und in den Klinikalltag des Patienten zu integrieren.

Hierzu benötigen wir Ihre Mithilfe. Bitte beantworten Sie die Fragen, soweit es Ihnen möglich ist. Das Informationsheft verwahren Sie dann bitte in der *Notfall*-Reisetasche, welche Sie vermutlich schon für einen möglichen Krankenhausaufenthalt bereithalten, oder an einem anderen Ort, wie z. B. bei den Medikamenten. So können Sie im Ernstfall gleich die „geballten Informationen“ in das Krankenhaus mitgeben, ohne sich hierzu noch Gedanken zu machen.

Wir hoffen, dass Sie unsere Bemühungen als hilfreich und nützlich für sich wahrnehmen können.

Mit freundlichen Grüßen

Städtisches Klinikum Braunschweig gGmbH
Pflegedirektion
Stabsstelle Pflegeentwicklung
Tel.: 0531 595-1509

ambet e. V.
Gerontopsychiatrische Beratungsstelle
Tel.: 0531 25657-40

Braunschweig im Februar 2012

Patient

Name, Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

ggf. Spitzname:

Bevorzugte Anrede des Patienten mit:

Familienname

Vorname

Spitzname

Religion:

aktiv

passiv

Regionale Herkunft:

Muttersprache/Dialekt:

Ehemaliger Beruf:

Angehöriger / Bevollmächtigter

Name, Vorname:

Verwandtschaftsgrad:

(Ehe-)Partner

Sohn/Tochter

anderer

Anschrift:

Telefon-Nr.:

Rechtlicher Betreuer

Name, Vorname:

Anschrift:

Telefon-Nr.:

Fax-Nr.:

Patientenverfügung /
Vorsorgevollmacht

vorhanden

nicht vorhanden

Wenn vorhanden,
bitte Kopie anfügen

Betreuerausweis

vorhanden

nicht vorhanden

Hausarzt

Name und Praxis:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

letzter Krankenhausaufenthalt,
Datum und Anlass:

Angehöriger / Bevollmächtigter wünscht Kontaktaufnahme bei ...

- zunehmender Unruhe des Kranken
- Einleitung von Schutzmaßnahmen
- fehlender Kooperation in Pflegesituationen
- bei Untersuchungen
- Problemen bei der Flüssigkeits- / Nahrungsaufnahme
- Sonstiges _____

Kontaktaufnahme kann erfolgen ...

- rund um die Uhr
- nur von bis Uhr

Kontaktaufnahme mit ...

- Angehörige / Bevollmächtigter
- Betreuer

Gewohnheiten im Tagesablauf

morgens:
(z.B. um 10 Uhr Frühstück)

mittags:
(z.B. Ruhepause)

abends:
(z.B. Getränke, Rituale)

Sonstige Gewohnheiten, die beachtet werden sollen

zur Entspannung:

zum Einschlafen:

in Pflegesituationen:

Verstehen der Sprache - Das Sprachverständnis ist ...

- weitgehend erhalten kurze Fragen werden verstanden
- sehr eingeschränkt, z. B.: auf einzelne Worte Sprachverständnis fehlt
- nicht möglich, weil _____
-

Einschränkungen Sehen

- leicht schwer Brille vorhanden
- Glasauge rechts Glasauge links

Einschränkung Hören

- leicht schwer Hörgerät vorhanden

Nähe und Distanz: Der Patient ...

- reagiert positiv auf Körperkontakt
- Rituale sind stimmungsabhängig

Kann abrupt ablehnend reagieren, wenn: _____

Einnahme von Medikamenten

- selbstständig unter Aufsicht

Bitte geben Sie den aktuellen Medikamentenplan mit !!!

Verhalten

Wünsche und Vorlieben:

Ärger / abwehrendes
Verhalten bei:

Angst bei:

Weglauftendenzen:

Essen und Trinken

braucht Ansprache/Erinnerung

erkennt Essen

Besteck in die Hand legen

isst mit dem Fingern

erkennt Getränke

trinkt selbstständig

Hand führen / Bewegung führen

Gebiss vorhanden

Tägliche Trinkmenge ml

Risiken (z.B. Verschlucken):

Bevorzugte Speisen
und Getränke:

Abneigung /
Unverträglichkeiten:

Braucht Hilfestellung bei:

Zeigt abwehrendes
Verhalten bei:

Ruhe und Schlafen

ohne Probleme

Einschlafstörungen

nächtliches Aufstehen

geht zu Bett gegen Uhr

Toilettengänge gegen Uhr

wacht auf gegen Uhr

Schlafgewohnheiten:

Bei Einschlafstörungen /
nächtlicher Unruhe hilft:

Körperpflege

- selbstständig wäscht sich am Waschbecken selbst
- bevorzugt Dusche wäscht Oberkörper selbstständig
- benutzt Waschlappen

Abwehrendes Verhalten bei:

Risiken (z.B. Empfindlichkeit der Haut):

An- und Auskleiden

Abwehrendes Verhalten bei:

Ausscheiden

- Kontrolle der Blase Kontrolle des Darms feste Toilettenzeiten: _____
- erkennt Toilette selbstständige Stomaversorgung

Hilfsmittel

- Urinflasche Steckbecken Einlage Vorlage
- Gehhilfen Prothesen Sonstiges: _____

Herausgeber und inhaltliche Verantwortung:

Städtisches Klinikum Braunschweig gGmbH

Pflegedirektion

Freisestr. 9/10

38118 Braunschweig

ambet e. V.

Gerontopsychiatrische Beratungsstelle

Triftweg 73

38118 Braunschweig