

# Information bei Menschen mit Demenz

Name Patient:in \_\_\_\_\_

Patient:in möchte gerne mit folgendem Namen angesprochen werden:

## Bezugspersonen / Vertretungsberechtigte Personen:

Name	Telefon	Zeitliche Erreichbarkeit	Verhältnisgrad (z.B. Tochter)

## Rechtliche Aspekte

- ☐ Patientenverfügung vorhanden → Bitte bringen Sie eine Kopie der Verfügung mit.
- ☐ Keine Patientenverfügung vorhanden
- ☐ Vorsorgeauftrag vorhanden → Bitte bringen Sie eine Kopie des Auftrags mit.
- ☐ Kein Vorsorgeauftrag vorhanden
- ☐ Beistandschaft vorhanden → Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
→ Bitte bringen Sie eine Kopie der Bescheinigung mit.

## Wohnsituation

- ☐ Lebt zuhause: Wohnung, Alterswohnung, Haus (zutreffendes unterstreichen)  
☐ Mit Lift ☐ Ohne Lift → Anzahl Treppenstufen: \_\_\_\_\_
- ☐ Lebt in Alters- und Pflegeheim  
☐ Mit pflegerischer Betreuung ☐ Ohne pflegerische Betreuung  
☐ Andere Leistungen → Name der Institution: \_\_\_\_\_
- ☐ Hat Spitex → Häufigkeit & Art der Leistung: \_\_\_\_\_  
Name der Spitex: \_\_\_\_\_
- ☐ Zusätzliche externe Unterstützung: \_\_\_\_\_

## Biografische Aspekte

Muttersprache: \_\_\_\_\_ Andere Sprachen: \_\_\_\_\_

Patient:in hat an folgenden Orten gelebt: \_\_\_\_\_

Frühere Tätigkeiten / Beruf: \_\_\_\_\_

Weitere wichtige biografische Ereignisse: \_\_\_\_\_

Freut sich über / beschäftigt sich gerne mit: \_\_\_\_\_

Spricht gerne über: \_\_\_\_\_

Ärgert sich häufig über: \_\_\_\_\_

Wird unruhig, wenn: \_\_\_\_\_

Hat Angst, wenn: \_\_\_\_\_

Lässt sich beruhigen mit: \_\_\_\_\_

## Verhalten, Besonderheiten

- ☐ Akzeptiert Hilfe ☐ Mag /schätzt/ möchte Körperkontakt (z.B. Hand halten) ☐ Mag / möchte keinen Körperkontakt  
☐ Tendenz zum Weglaufen ☐ Überschätzt sich selbst

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

## Toilettengang

- ☐ Ist selbstständig ☐ Braucht Hilfe ☐ Braucht Erinnerung ☐ Ist inkontinent → ☐ Stuhlgang ☐ Urin

Hilfsmittel / Bemerkungen: \_\_\_\_\_

## Körperpflege

- Waschen/ Kleiden: ☐ Selbstständig ☐ Mit Hilfe      Duschen: ☐ Selbstständig ☐ Mit Hilfe

Hilfsmittel / Bemerkungen: \_\_\_\_\_

## Hörfähigkeit

- ☐ Nicht eingeschränkt ☐ Leicht bis mittel ☐ Eingeschränkt ☐ Stark eingeschränkt ☐ Gehörlos  
☐ Trägt Hörgeräte → ☐ Links ☐ Rechts

## Sprechfähigkeit

- ☐ Nicht eingeschränkt ☐ Leicht bis mittel ☐ Eingeschränkt ☐ Stark eingeschränkt  
☐ gehörlos ☐ verwendet Gebärdensprache

## Sehfähigkeit

- ☐ Nicht eingeschränkt ☐ Leicht bis mittel ☐ Eingeschränkt ☐ Stark eingeschränkt ☐ Patient:in trägt Brille

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

## Schlaf

- ☐ Gut ☐ Einschlafschwierigkeiten ☐ Durchschlafschwierigkeiten → Schlafzeiten i.d.R. von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Schlafrituale: \_\_\_\_\_

## Mobilität

- ☐ Geht selbstständig ☐ Rollstuhlmobil ☐ Geht in Begleitung ☐ Bettlägerig ☐ Hilfsmittel: \_\_\_\_\_  
☐ Ist unsicher ☐ Stürzt oft → Stürzt in folgenden Situationen: \_\_\_\_\_

## Essverhalten

- ☐ Isst eher viel ☐ Isst eher wenig ☐ Isst selbstständig ☐ Benötigt Aufforderung zum Essen  
☐ Essen muss eingegeben werden ☐ Isst mit den Fingern ☐ Essen muss püriert sein  
☐ Essen muss klein geschnitten sein ☐ Hilfsmittel bei der Nahrungsaufnahme: \_\_\_\_\_  
☐ Trägt Zahnprothese ☐ Verschluckt sich beim Essen

## Trinkverhalten

- ☐ Trinkt eher viel ☐ Trinkt eher wenig ☐ Trinkt selbstständig ☐ Benötigt Aufforderung zum Trinken  
☐ Benötigt Unterstützung beim Trinken ☐ Verschluckt sich beim Trinken ☐ Essen muss püriert sein

Abneigungen und Unverträglichkeiten von Nahrungsmitteln: \_\_\_\_\_

Bevorzugte folgende Speisen und Getränke (Geschmacksrichtung): \_\_\_\_\_

## Medikamente

- ☐ Nimmt Medikamente täglich selbstständig ein ☐ Muss an Einnahme erinnert werden  
☐ Verweigert die Medikamente regelmässig ☐ Hat Schwierigkeiten, Medikamente zu schlucken

**Bitte geben Sie dieses Dokument der zuständigen Pflegefachperson ab. Für Ihre Mithilfe bedanken wir uns herzlich.  
Ihr Betreuungsteam des Spitals Zollikerberg**