

# Information bei Menschen mit Demenz

Name Patien: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 Spitzex → Häufigkeit & Art der Leistung: \_\_\_\_\_  
Name der Spitzex: \_\_\_\_\_
- 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