|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anschrift meines Angehörigen:** |  | **Wichtige Unterlagen für das Krankenhaus sind:** **(Beigefügte Unterlagen bitte ankreuzen)** |
| ☐ Krankenkassenkarte |
| Geburtstag: |  | ☐ Einweisung |
| Pflegegrad: | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | ☐ Aktuellen Medikamentenplan, möglichst vom Hausarzt  ausgedruckt |
| ☐ beantragt |
| **Kontaktperson 1:** | ☐ wenn vorhanden, letzten Entlassungsbrief |
| Name: |  | ☐ Ausweis für Schrittmacher, Implantate oder ähnliches |
| Beziehung: |  | ☐ Kopie einer Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung |
| Anschrift: |  | ☐ Kopie der Urkunde gesetzliche Betreuung |
| ☐ Impfausweis | Wo liegen die Unterlagen? |
| ☐ Allergiepass |  |
| Telefon/Mobil: |  |  | ☐ Antikoagulantien |  |
| **Kontaktperson 2:** | **Folgende Hilfsmittel werden benötigt:** |
| Name: |  | ☐ Hörgeräte | ☐ Brille | ☐ Zahnprothesen |
| Beziehung: |  | ☐ Gehhilfen,  Rollator☐ Rollstuhl | ☐ Einlagen,  Vorlagen | ☐ Pflegebett☐ Nachtstuhl |
| Anschrift: |  |
| ☐ Sonstiges: |  |  |
| Telefon/Mobil: |  |  |  |
| **Hausarztpraxis:** | **Wichtig im Kontakt sind:** |
| Name: |  | Muttersprache: |  |
| Anschrift: |  | Religion: |  |
| Rituale/Gewohnheiten: |  |
| Telefon/Mobil: |  |  |
| **Kontaktaufnahme erwünscht bei…** |
| ☐ zunehmender Unruhe meines Angehörigen☐ Einleitung von Schutzmaßnahmen☐ fehlender Kooperation in Pflegesituationen☐ Problemen bei der Nahrungsaufnahme☐ Sonstiges: |
| Abwehrendes Verhalten bei: |  |
| **Wichtige Informationen zu meinem Angehörigen:** | **Nähe und Distanz: Mein Angehöriger…** |
| Desorientierung: | ☐ zeitlich | ☐ örtlich | ☐ reagiert positiv auf Berührung | ☐ hält lieber Distanz |
| ☐ zur Person | ☐ zur Situation | ☐ reagiert ablehnend, wenn |
| Sehen: | ☐ Sehbehinderung |
| ☐ rechts  | ☐ links | **Mobilität: Mein Angehöriger…** |
| ☐ Blindheit | ☐ läuft ohne Hilfe | ☐ läuft mit Hilfe |
| ☐ rechts  | ☐ links | ☐ ist sturzgefährdet | ☐ kann nicht laufen |
| Hören: | ☐ Schwerhörigkeit | **Essen und Trinken:** |
| ☐ rechts  | ☐ links | ☐ erkennt Essen | ☐ braucht Erinnerung | ☐ Hand führen |
| ☐ Taubheit | ☐ erkennt Getränke | ☐ benötigt viel Zeit/ Geduld | ☐ verschluckt sich  leicht |
| ☐ rechts  | ☐ links |
| Sprachverständnis:Mein Angehöriger versteht… | ☐ weitgehend | ☐ isst selbstständig | ☐ isst mit den Fingern | ☐ Essen und  Trinken stets  anreichen |
| ☐ kurze Sätze |
| ☐ Mimik und Gestik | ☐ trinkt selbstständig | ☐ Besteck in die Hand legen |
| ☐ Sprachverständnis fehlt |
| Sprache:Mein Angehörigerkann… | ☐ sich gut ausdrücken | ☐ Vollkost ☐ Schonkost ☐ Diabeteskost ☐ gabelweiche Kost |
| ☐ kurze Sätze sprechen | Tägliche Trinkmenge: | ……………………………….. (ml) |
| ☐ einzelne Wörter sprechen | Bevorzugte Speisen, Getränke: |  |
| ☐ nicht sprechen |
| Ausscheiden: | ☐ Kontrolle der Blase | Abneigungen/Unverträglichkeiten: |  |
| ☐ Kontrolle des Darms |
| ☐ erkennt Toilette | **Körperpflege:** |
| ☐ auf Toilette nicht alleine lassen | ☐ selbstständig | ☐ wäscht sich am Waschbecken selbst |
| Versorgung der Inkontinenz mit: | ☐ Einlagen | ☐ Vorlagen | ☐ wäscht Oberkörper selbstständig |
| ☐ Pants | ☐ Schutzhosen | ☐ völlig auf Hilfe  angewiesen | ☐ benutzt Wasch- lappen/-handschuh | ☐ Hilfe bei: |
| Eine Äußerung zu Schmerzen… | ☐ ist möglich |
| ☐ ist nicht möglich | **An- und Auskleiden:** |
| Wie äußert sich Schmerz? |  | ☐ selbstständig | ☐ mit Hilfe |  |
| **Sonstiges:** |  |
| Hinlauftendenz: | ☐ ja | ☐ nein |