|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 Angehöriger  kann… | | ☐ 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 | | |