



BARMHERZIGE BRÜDER
KRANKENHAUS ST. VEIT/GLAN

Informationsbogen Krankenhaus der Barmherzigen Brüder

Dieser Informationsbogen ist für Menschen mit einer Demenzerkrankung und deren Angehörige, um die Aufnahme und den Aufenthalt in unserem Haus zu erleichtern. Daher bitten wir Sie, diesen Informationsbogen vor Ihrem Aufenthalt auszufüllen und mitzubringen.

Die Patientin/der Patient

.....
Name

.....
Anschrift

.....
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

.....
Telefon

.....
Möchte mit diesem Namen angesprochen werden

.....
Glaubensbekenntnis

.....
Seelsorge erwünscht ja nein

.....
Muttersprache

.....
Fremdsprache

.....
Ehemaliger Beruf

.....
Herkunft

.....
Besonderheiten

Informationsbogen ausgefüllt von

- PatientIn
- (Ehe)PartnerIn
- Tochter/Sohn
- Andere/r

.....
Name

.....
Telefon

.....
Datum

Lebenssituation

- Lebt alleine
- Lebt im Wohn-/Pflegeheim
- Lebt mit Partner
- Lebt mit Familie/Familienbund
- Lebt in 24 Stunden Betreuung

.....
Hilfsdienste

Erwachsenenschutzvertreter

.....
Name

.....
Telefonnummer
Patientenverfügung ja nein

.....
Vorsorgevollmacht ja nein

Unterlagen bitte mitbringen!

Allgemeines öffentliches Krankenhaus der Barmherzigen Brüder

Medikamente – Einnahme

Medikamente ja nein
Mitgebrachte Medikamente ja nein

Medikamentenliste ja nein
Mitgebrachte Liste ja nein

Hilfsmittel und Sinneswahrnehmungen

Einschränkung beim Sehen ja nein
Brille/Lupe ja nein
Einschränkung beim Hören ja nein
Hörgerät ja nein
Wenn ja, mitgebracht ja nein
Zahnprothese ja nein
Wenn ja, mitgebracht ja nein

Sprachverständnis
 vollständig erhalten
 weitgehend erhalten
 kurze Fragen werden verstanden
 sehr eingeschränkt, nur prägnante Worte
 fehlt
 Gesten werden verstanden

Mobilität / Nähe und Distanz

Geht ohne Hilfsmittel
 Geht mit Hilfsmittel (Stock, Rollator)
 Kann nicht laufen

Körperkontakt erwünscht
 Distanz wird bevorzugt
 Gründe für ablehnendes Verhalten
z.B. bei der Körperpflege

.....

Schlafgewohnheiten / Beruhigungsfördernde Hilfsmittel

.....
Schlafenszeiten

Einschlafgewohnheiten

.....
Ruhezeiten

.....
 Einschlafstörungen, hilfreich ist

Schlafstörungen ja nein
Toilettengänge ja nein

.....

.....

Atmung

Sauerstofftherapie ja nein
Raucher ja nein

Vorlieben/ Hilfsmittel

.....
Essen

.....
Trinken

.....
Bevorzugte Kleidung

Ausscheidung

Kontrolle der Blase ja nein

Kontrolle des Darmes ja nein

Kennt die Toilette ja nein

.....
Feste Toilettenzeiten

Körperpflege

Selbständig ja nein

Auf Hilfe angewiesen ja nein

Duschen ja nein

Besonderheiten z.B.: Zeitpunkt

.....

Besonderheiten

.....

.....

Hilfsmittel Urinflasche/Einlage/Sonstiges

.....

.....

Freizeitbeschäftigung

Besonderheiten beim letzten Aufenthalt im Krankenhaus?

Situationen und Begebenheiten, die zu ablehnenden Verhalten führen können?