

PATIENTENDATEN	
HAUSARZT:	
PFLEGEGRAD:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
PFLEGEDIENST: (ADRESSE / TELEFON)	
BETREUUNG: (NAME / TELEFON) WIRKUNGSBEREICH:	
VORSORGEVOLLMACHT: BEVOLLMÄCHTIGTER: (NAME / TELEFON)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
PATIENTENVERFÜGUNG:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
WEITERE WICHTIGE DIAGNOSEN:	
ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN:	

Stand: September 2021

WEGBEGLEITER BEI DEMENZ



Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

ein Krankenhausaufenthalt ist immer eine besondere Situation. Aber gerade für ältere und /oder an einer Demenz erkrankte Menschen ist dies oft zusätzlich mit Beunruhigung und Verunsicherung verbunden. Damit unsere Betreuung so optimal wie möglich erfolgen kann, ist es uns ein wichtiges Anliegen, individuell auf unsere Patienten einzugehen. Darum haben wir – die Demenzbeauftragten – einen Fragebogen entwickelt, damit wir wissen, welche Gewohnheiten und Vorlieben Ihre Angehörigen haben.

Dieser Fragebogen muss nicht komplett ausgefüllt werden; Sie können selbst entscheiden, welche Informationen Sie mit uns teilen möchten. Wenn Sie mehr in die Pflege eingebunden werden möchten, zögern Sie nicht, uns anzusprechen.

Selbstverständlich stehen wir Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Ihre Demenz- und Palliativbeauftragten

St. Hedwig-Krankenhaus und Krankenhaus Hedwigshöhe

KONTAKT ZU DEN DEMENZ- UND PALLIATIVBEAUFTRAGTEN IN DEN ALEXIANER ST. HEDWIG KLINIKEN

/// ST. HEDWIG-KRANKENHAUS, Große Hamburger Straße 5–11, 10115 Berlin

E-Mail: Demenzbeauftragte.SHK@alexianer.de

/// KRANKENHAUS HEDWIGSHÖHE, Höhensteig 1, 12526 Berlin

E-Mail: Demenzbeauftragte.KHH@alexianer.de

BIOGRAPHIE UND PERSÖNLICHES	
NAME:	möchte gerne _____ genannt werden
HERKUNFT/ SPRACHE/ DIALEKT:	
RELIGION:	
VORMALS AUSGEÜBTER BERUF:	
BEZUGSPERSONEN:	
HOBBIES/ VORLIEBEN (Z. B. MUSIK):	
LIEBLINGSORTE:	
BEKANNT STRESS- AUSLÖSER:	
WAS BERUHIGT BEI SOR- GEN UND ÄNGSTEN?	
AKZEPTANZ VON PFLEGEPERSONAL:	<input type="checkbox"/> männliches Pflegepersonal bevorzugt <input type="checkbox"/> weibliches Pflegepersonal bevorzugt <input type="checkbox"/> keine Präferenz
KONTAKTMÖGLICHKEIT:	<input type="checkbox"/> spricht gern <input type="checkbox"/> spricht auf Ansprache <input type="checkbox"/> spricht kaum noch <input type="checkbox"/> Aphasie nach Schlaganfall

BERÜHRUNGEN:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein nur in folgenden Situationen:
ESSEN/ TRINKEN:	Vorlieben: Abneigungen: Schluckstörungen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Tabletteneinnahme: <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> nur zerkleinert <input type="checkbox"/> nicht möglich
SCHLAFGEWOHN- HEITEN:	Schlafzeiten: Rituale: Nachtlicht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Mittagsruhe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
HILFSMITTEL:	<input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Hörgeräte <input type="checkbox"/> Zahnprothese <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Heimsauerstoff <input type="checkbox"/> Sonstige:
HYGIENE:	Mundhygiene: <input type="checkbox"/> vorm Essen <input type="checkbox"/> nach dem Essen Zahnprothese: <input type="checkbox"/> mit Haftcreme <input type="checkbox"/> ohne Haftcreme Körperpflege: <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> Harninkontinenz <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Urostoma/Stoma
AUCH NOCH WICHTIG:	