

Herzlich willkommen!

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Angehörige,

wenn die Partnerin, der Partner, die Eltern, Schwiegereltern oder eine zu betreuende Person ins Krankenhaus muss, stellt dies für alle Beteiligten eine besondere und oftmals auch eine herausfordernde Situation dar. Gerade ältere und an einer Demenz erkrankte Menschen erleben dies mitunter sogar als eine Krisensituation.

Damit die menschliche und medizinische Betreuung möglichst optimal erfolgen, ist es uns ein wichtiges Anliegen so individuell wie möglich auf die uns anvertrauten Menschen eingehen zu können. Ein positiver Gemütszustand und eine möglichst geringe psychische Belastung helfen, gemeinsam mit der Berücksichtigung täglicher Rituale, die Umgebung vertraut wahrzunehmen. Das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse, Wünsche und Emotionen, über die pflegerischen Maßnahmen hinaus, unterstützt und erlaubt uns eine beruhigende Wirkung auf die Patientinnen und Patienten, aber auch auf Sie als Angehörige oder Betreuende. Daher bemüht sich das Pflegeteam der Geriatrie, die Informationen, die Sie uns zur Verfügung stellen, weitestgehend in den stationären Alltag zu integrieren.

In dieser besonderen Zeit, möchten wir Sie als Angehörige oder Betreuende miteinbeziehen, um gemeinsam das Beste für unsere Patientinnen und Patienten zu erreichen. Daher bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen, gerne auch gemeinsam mit Ihrem Angehörigen, auszufüllen. So erhalten wir relevante Informationen, die uns helfen, Ihre Angehörigen näher kennenzulernen und in bestimmten Situationen angemessen mit ihnen interagieren zu können. Vielen Dank!

Selbstverständlich stehen wir Ihnen auch für ein persönliches Gespräch oder bei Fragen zur Verfügung. Bitte sprechen Sie uns an!

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Pflegeteam

Checkliste

... Sie kennen Ihren Angehörigen am besten!

Sie wissen um:

- ☐ Vorlieben
- ☐ Abneigungen
- ☐ Besonderheiten
- ☐ Gewohnheiten

Sie können uns aktiv dabei unterstützen, dass sich Ihr Angehöriger mit Demenz bei uns wohlfühlt.

So können Sie helfen:

Gibt es einen Lieblingsgegenstand aus dem häuslichen Umfeld, wie z. B. ein Familienfoto, eine Wolldecke, die Sicherheit vermittelt und das Wohlbefinden Ihres Angehörigen steigert?

Bitte bringen Sie solche Lieblingsgegenstände mit.

Wir bitten Sie, uns über den Alltag sowie die Gewohnheiten Ihres Angehörigen mit Demenz so genau wie möglich zu informieren.

Die folgenden Seiten sind so gestaltet, dass sie in der Pflege genutzt werden können. Sie sind kein Dokument im medizinischen Sinne und müssen nicht komplett ausgefüllt werden.

Überlegen Sie, welche Informationen Sie über sich (oder die Person, für die Sie diese Seiten ausfüllen) nicht mit anderen teilen möchten.

Name der Patientin/des Patienten

Ich bin:

- ☐ (Ehe-)Partner
- ☐ Sohn/Tochter
- ☐ andere Person:

Kontaktaufnahme erwünscht bei:

- ☐ zunehmender Unruhe der Patientin / des Patienten
- ☐ Einleitung von Schutzmaßnahmen
- ☐ fehlender Kooperation in Pflegesituationen
- ☐ Probleme bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- ☐ Sonstiges: _____

Umfang der Kontaktaufnahme:

- ☐ rund um die Uhr
- ☐ nur von _____ bis _____ Uhr
- ☐ durch Angehörige
- ☐ durch Betreuerin/Betreuer

Wichtig zu wissen im Kontakt mit der Patientin / dem Patienten sind:

Religion: _____

Regionale Herkunft/Heimat: _____

Muttersprache/Dialekt: _____

Ehemaliger Beruf: _____

Stolz/Bedeutsames: _____

Verstehen von Sprache:

- ☐ Weitgehend erhalten
- ☐ Kurze Fragen werden verstanden
- ☐ stark eingeschränkt
- ☐ Gesten und prägnante Worte werden verstanden
- ☐ Lautäußerungen / Gesten ersetzen die Sprache

☐ Nicht möglich, weil: _____

Die Sprach- und Sprechfähigkeit ist:

- ☐ Weitgehend erhalten
- ☐ Kurze Sätze können gebildet werden
- ☐ Einzelne Worte können gesprochen werden
- ☐ Lautäußerungen / Gesten ersetzen die Sprache

☐ Nicht möglich, weil: _____

Nähe und Distanz: Die Patientin / der Patient

- ☐ reagiert positiv auf Körperkontakt
- ☐ hält lieber Distanz
- ☐ kann abrupt ablehnend reagieren, wenn

Gewohnheiten im Tagesablauf:

Morgens (z. B. Frühstück): _____

Mittags / Nachmittags (z. B. Mittagsruhe): _____

Abends / Nachts (z. B. Getränk, Ritual): _____

Sonstige Gewohnheiten, die beachtet werden sollen:

Zur Entspannung:

Zum Einschlafen:

In Stresssituationen:

In Pflegesituationen:

Wohlfühlen und Vorlieben:

Wünsche Hobbys (z. B. Musik, Handarbeit):

Lieblingsbeschäftigung (so wird gerne Zeit verbracht):

Hilfreiche Routinen (Dinge, die im Alltag Sicherheit geben):

Herausfordernde Situationen und Stressauslöser:

Ärger oder abwehrendes Verhalten bei:

Angst oder Unruhe bei:

Bewegungsdrang / Wanderverhalten:

Fähigkeiten und Selbstständigkeit:

- ☐ erkennt Essen und Getränke
- ☐ isst und trinkt völlig selbständig
- ☐ braucht Ansprache / Erinnerung (Aufforderung)
- ☐ benötigt viel Zeit und Geduld
- ☐ isst gerne mit den Fingern (Fingerfood)

Konkrete Hilfestellungen:

- ☐ Besteck in die Hand legen / anreichen
- ☐ Hand führen / Bewegungsführung
- ☐ Essen und Trinken muss stets komplett angereicht werden

Besonderheiten und Risiken:

- ☐ Zahnprothese vorhanden (☐ oben ☐ unten)
- ☐ Hochkalorische Ernährung erforderlich
- ☐ Risiken (z. B. Verschlucken / Dysphagie)

Tägliche Trinkmenge: _____ ml

Vorlieben und Abneigungen:

Bevorzugte Speisen und Getränke:

Abneigung / Unverträglichkeiten:

Abwehrendes Verhalten bei:

Schlafverhalten:

- ☐ Schlafverhalten unauffällig / problemlos
- ☐ Einschlafstörungen
- ☐ Durchschlafstörungen / nächtliches Aufwachen
- ☐ Nächtliches Aufstehen / Bewegungsdrang (Wanderverhalten)

Rhythmus und Zeiten:

- ☐ Geht zu Bett gegen: _____ Uhr
- ☐ Wacht auf gegen: _____ Uhr

Gewohnheiten und Hilfen:

Einschlafgewohnheiten (z. B. Licht anlassen, offene Tür)

Bei Einschlafstörungen / nächtlicher Unruhe hilft:

Grad der Selbstständigkeit (am Waschbecken):

- ☐ Vollständig selbständig
- ☐ Wäscht den Oberkörper selbstständig (Hilfe beim Unterkörper / Beinen)
- ☐ Braucht Anleitung / Aufforderung
- ☐ Völlig auf Hilfe angewiesen

Sicherheit und Begleitung:

- ☐ Im Bad nicht alleine lassen! (Sturzgefahr)
- ☐ Duschen nur mit Unterstützung

Wünsche und Gewohnheiten:

- ☐ Bevorzugt weibliche Pflegefachkraft
- ☐ Bevorzugt männliche Pflegefachkraft
- ☐ Bevorzugte Utensilien (z. B. Waschlappen, feste Seife)

Besonderheiten und Risiken:

Abwehrendes Verhalten bei (z. B. Berührung im Gesicht):

Risiken / Hautpflege (z. B. empfindliche Haut):

Grad der Selbstständigkeit (An- und Auskleiden):

- ☐ Vollständig selbständig
- ☐ Kann den Oberkörper selbstständig an- und auskleiden (Hilfe beim Unterkörper / Beinen)
- ☐ Braucht Anleitung / Aufforderung
- ☐ Völlig auf Hilfe angewiesen

Besonderheiten und Risiken:

Abwehrendes Verhalten bei:

Kontinenz und Wahrnehmung:

- ☐ Kontinenz vorhanden (Blase und Darm unauffällig)
- ☐ Urininkontinent / Blasensteuerung eingeschränkt
- ☐ Stuhlinkontinenz / Darmsteuerung eingeschränkt
- ☐ Erkennt die Toilette / findet den Weg selbständig

Sicherheit und Unterstützung:

- ☐ Auf der Toilette nicht allein lassen! (Sturzgefahr)
 - ☐ Benötigt Transferhilfe (Unterstützung beim Aufstehen / Hinsetzen)
 - ☐ feste Toilettenzeiten (Rhythmus):
-

- ☐ Hilfsmittel:
 - Toilettensstuhl
 - Urinflasche
 - Steckbecken
 - Vorlagen
 - Schutzhose
 - Sonstiges: _____
-

Weitere Informationen zum
Marienhaus Klinikum Hetzelstift
Neustadt/Weinstraße finden Sie
auf unserer Internetseite:
www.hetzelstift.de



MARIENHAUS KLINIKUM HETZELSTIFT
NEUSTADT/WEINSTRASSE

Stiftstraße 10
67434 Neustadt