

Zusatzbogen Demenz/ kognitive Einschränkungen

Stammdaten der Patientin / des Patienten

Name, Vorname : _____

Geburtsdatum: _____

Anrede (Du/ Sie/ Spitzname): _____

Orientierungsstörung:

- örtlich zeitlich
 aktuelle Situation persönlich

Erkennt folgende Personen: _____

Biographische Besonderheiten

Geburtsort:

Ehemaliger Beruf:

Hobbys und werden diese noch ausgeübt?

Weitere Informationen (z.B. Hilfeannahme/ Stolz):

Namen, die für den Patienten von Bedeutung sind / Status (Bezugspersonen, auch z.B. frühere Haustiere)

1. _____ / _____
2. _____ / _____
3. _____ / _____

Verhalten in Stresssituationen

- Rückzug Apathie weglaufen
 schlagen weinen lachen
 schreien mit Gegenständen werfen
 spucken mit Ausscheidung schmieren
 fortwährend rufen
 sonstiges: _____

Nähe und Distanz

- reagiert positiv/ negativ auf Körperkontakt
 sucht Körperkontakt hält lieber Distanz
 braucht Blickkontakt
 toleriert nur gleichgeschlechtliche Pflegekraft
 kann abrupt ablehnend reagieren, wenn

Kommunikation

- keine Einschränkungen
 Muttersprache: _____
 Dialekt (z.B. plattdeutsch) _____
 Hörstörung Hörgerät
 Sehstörung Sehhilfe
 Kurze Fragen werden verstanden
 Gesten werden verstanden
 Kurze Sätze können gebildet werden
 Kann nicht sprechen
 Sprachverständnis fehlt

Stimmung

- ausgeglichen introvertiert gereizt
 ängstlich depressiv euphorisch
 aggressiv sonstiges schwankend

Motivation/ Kooperation/ Mithilfe

- motiviert auf Aufforderung passiv
 ablehnend abwehrend

Paradoxe Reaktion auf

- Medikamente
 andere Substanzen (z.B. Kaffee/Tee)

Gewohnheiten im Tagesverlauf

(z.B. Reihenfolge bei der Körperpflege, Ruhepausen, Aktivitätsphasen, Nachtruhe ab... Uhr)

Zusatzbogen Demenz/ kognitive Einschränkungen

Essen und Trinken

Gewohnheiten zu den Mahlzeiten (kalt, warm, Brot/ Brötchen, Auflage, Lieblings Speisen, Konsistenz, Getränke zum Essen)

Frühstück: _____

Mittag: _____

Abend: _____

Schluckstörungen bisher nicht bekannt

- treten auf bei _____ isst selbstständig ausreichende Mengen
- isst selbstständig, aber keine ausreichenden Mengen isst nicht selbstständig
- benötigt längere Zeit für die Mahlzeiten Besteck muss in die Hand gelegt werden
- Hand muss geführt werden isst mit den Fingern mundgerechte Zubereitung erforderlich

Genutzte Trinkgefäße/ Trinkhilfen: Glas Becher Tasse Schnabelbecher Trinkhalm

Trinkmenge: _____ normales Durstempfinden gestörtes Durstempfinden
 lässt sich ermuntern, selbst zu trinken benötigt Anleitung und Beaufsichtigung Getränke müssen angereicht werden

- Logopädie ist erforderlich Ergotherapie ist erforderlich

Ausscheidung

- regelmäßige WC-Gänge alle __ Stunden selbstständiges Aufsuchen der Toilette
- erkennt Toilette (nicht) benötigt Aufsicht bei den Toilettengängen
- nutzt andere Örtlichkeiten/ Gegenstände für Ausscheidung: _____

nächtliche Ausscheidung: WC Toilettenstuhl Urinflasche Steckbecken
Inkontinenzversorgung mit: offene Vorlage Klebe-Schutzhose Pants

Schlaf

Gewohnheiten / Besonderheiten (Licht/ Dunkelheit, Zeiten, Gesamtschlafzeit, Bettzubehör):

Nächtliche Besonderheiten

- unauffällig Nachtaktiv Bettflucht
- Rituale: _____

Was wirkt beruhigend: _____

Bemerkungen (z.B. Hinlauff tendenz zu bestimmten Orten, richterliche Anordnungen)