

**Das Sprachverständnis ist...**

- Weitgehend erhalten
- Kurze Sätze werden verstanden
- Sehr eingeschränkt
- Fehlt ganz

**Sehfähigkeit ist...**

- Leicht eingeschränkt
- Stark eingeschränkt
- Trägt Brille
- Erkennt Gefahrenquellen

**Sprechfähigkeit ist...**

- Weitgehend erhalten
- Stark eingeschränkt
- Nicht mehr möglich

**Hörfähigkeit ist...**

- Leicht eingeschränkt
- Schwer eingeschränkt
- Trägt Hörgerät

**Gesten, Körpersprache...**

- Werden verstanden
- Kann sich bemerkbar machen

**Essen und Trinken**

- Trägt Zahnprothese
- Kann selbständig essen/trinken
- Braucht Unterstützung
- Benötigt pürierte Mahlzeiten
- Essen muss eingegeben werden
- Verschluckt sich häufig
- Braucht Hilfe beim Schneiden
- Hilfe beim Brote streichen
- Kann mit Besteck essen
- Mit Besteck nur teilweise
- Isst mit den Fingern

**Bevorzugte Speisen und Getränke**


---



---

**Abneigungen/Unverträglichkeiten**


---



---

**Toiletten Ausscheidung**

- Ist selbständig
- Braucht Hilfe
- Toilettentraining
- Inkontinent

**Körperpflege**

- Selbständig
- Mit Hilfe

**Baden**

- Selbständig
- Mit Hilfe

**Duschen**

- Selbständig
- Mit Hilfe

**Ist er/sie gegen etwas abwehrend?**


---



---



---

**Hat er/sie Hautprobleme, Empfindlichkeiten, Allergien?**


---



---

**Gewohnheiten im Tagesablauf**

Morgens \_\_\_\_\_

Mittags \_\_\_\_\_

Abends \_\_\_\_\_

Schlafgewohnheiten \_\_\_\_\_

Einschlafschwierigkeiten? \_\_\_\_\_

Durchschlafschwierigkeiten? \_\_\_\_\_

Tag/Nachtumkehr \_\_\_\_\_

**Sonstige Gewohnheiten, die beachtet werden sollten**


---



---

**Tätigkeiten, die er/sie gerne verrichtet (z.B. Musik hören etc.)**


---



---

**Verhalten/Besonderheiten:**

- Zeigt Weglauftendenz
- Reagiert positiv auf Körperkontakt
- Hält lieber Distanz
- Kann abrupt z.B. ablehnend reagieren
- Ist häufig traurig, niedergeschlagen
- Überschätzt sich selbst
- Leistet Widerstand
- Akzeptiert Hilfeleistungen

**Ärgert sich über:**


---



---

**Hat Angst wenn:**


---



---

**Allgemeine Vorlieben:**


---



---

**Lässt sich beruhigen durch:**


---



---

Name Patient / Patientin: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

### Liste aller Medikamente, die eingenommen werden

#### Verordnete Medikamente

Medikamente, die vom Arzt verordnet wurden	Arzt	Dosierung	Bemerkungen
z.B. Aricept	Dr. Muster	1 x abends	

#### Selbstmedikation

Weitere Medikamente, die in eigener Regie eingenommen werden	Dosierung	Bemerkungen
z.B. Echinaforce	1 x abends	Bei beginnender Erkältung

## Biografische Angaben für Pflegende und Betreuende für den Fall eines Eintrittes in ein Akutspital

Name Patient / Patientin: \_\_\_\_\_

	Name	Telefon	Mobile
Bezugsperson			
Partner			
Tochter/Sohn			
andere			

Patientenverfügung beiliegend  Ja  Nein

Vorsorgevollmacht beiliegend  Ja  Nein

Medikamentenliste beiliegend  Ja  Nein

Muttersprache: \_\_\_\_\_

Weitere Sprachen: \_\_\_\_\_

#### Frühere berufliche Tätigkeit

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Wo hat er / sie gelebt? (geografisch, Kulturkreis)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Religion / Spirituelle Bedürfnisse

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_