

# Gut vorbereitet ins Krankenhaus

Dieser Informationsbogen ist für Menschen vorgesehen, denen es nicht immer möglich ist, verlässliche Auskünfte zu geben bzw. ihre Interessen, Gewohnheiten und Bedürfnisse ausreichend auszudrücken. Wir können den Aufenthalt in unserem Krankenhaus/ Wohn- und Pflegeheim erleichtern, wenn uns wesentliche persönliche Informationen von Anfang an vorliegen. Daher bitten wir die Patient:innen/ Angehörige (Bezugsperson), nach Möglichkeit diesen Bogen vor der Aufnahme auszufüllen und mitzubringen.

## Informationsbogen

Ausgefüllt von

- Patient:in       (Ehe)Partner:in  
 Tochter / Sohn       Andere/r

Ausgefüllt am

## Kontaktperson/en

Wer soll verständigt werden?

- (Ehe)Partner:in       Tochter/Sohn       Andere/r

Telefon

### Erreichbarkeit Kontaktperson/en

- rund um die Uhr  
 nur von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

## Lebenssituation

- alleinlebend       gemeinsam lebend mit \_\_\_\_\_  
 im Wohn-/ Pflegeheim lebend       24-h-Betreuung

Hilfsdienste bisher

## Wichtig im Kontakt

Muttersprache / Dialekt

Regionale Herkunft / Heimat

Beruf/ ehemaliger Beruf

angstauslösend wirkt

## Die Patientin / der Patient

Name

Anschrift

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

Telefon

Patientenverfügung

ja     nein

Vorsorgevollmacht

ja     nein

Erwachsenenvertretung

ja     nein

Wirkungsbereich \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

## Wertgegenstände

Mitgebracht

ja     nein

Welche?

Werte/ Was war früher wichtig (Arbeit, Familie, ...)?

Glaubensbekenntnis

Seelsorgerischer Besuch erwünscht

ja     nein

Ehrenamtlicher Besuchsdienst erwünscht

ja     nein

Bitte mit diesem Namen ansprechen

## Interessen/ Beschäftigung

Haustiere \_\_\_\_\_

Musikgeschmack \_\_\_\_\_

Hobbys \_\_\_\_\_

beliebte Gesprächsthemen/ Sonstiges \_\_\_\_\_

## Verstehen von Sprache

### Sprachverständnis

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

### Sprechfähigkeit

- vollständig erhalten
- weitgehend erhalten
- kurze Sätze können gebildet werden
- sehr eingeschränkt z. B. einzelne Worte
- nicht möglich
- Sonstiges \_\_\_\_\_

## Mobilität/ Transfer

- Gehen ohne Hilfsmittel
- Gehen mit Hilfsmittel \_\_\_\_\_  
mitgebracht  ja  nein
- brauche/ braucht \_\_\_\_\_ Hilfspersonen beim Gehen
- kann alleine Aufsitzen und brauche/braucht \_\_\_\_\_  
Hilfspersonen beim Bett/ Stuhl Transfer
- Stürze in der Vergangenheit

## Nähe und Distanz

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

## Hilfsmittel und Kommunikation

### Einschränkungen Sehen

- leicht  schwer  keine
- Brille mitgebracht  ja  nein
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### Einschränkungen Hören

- leicht  schwer  keine
- Hörgerät  rechts  links  
mitgebracht  ja  nein
- Sonstiges \_\_\_\_\_

## Medikamente – Einnahme

- selbstständig  wird verabreicht
- unter Aufsicht  gemörsert (Verabreichungsform)
- wird vorbereitet

bei der Verabreichung zu beachten

Medikamentenliste beiliegend  ja  nein

## Schmerzen

Schmerzäußerung  ja  nein

Wenn ja, wie \_\_\_\_\_

Linderung durch \_\_\_\_\_

zu beachten \_\_\_\_\_

# Rituale und Gewohnheiten im Tagesablauf

Morgens, z. B. zuerst Frühstück

Mittags, z. B. Ruhepause

Abends, z. B. Rituale, Getränke, Geschichten

Wünsche, Vorlieben, Lieblingsbeschäftigungen z.B. Stricken

Nachts, z.B. Fernsehen, Lesen im Bett

Hinlauffendenzen

zur Entspannung hilft

in Stresssituationen hilft

## Ruhe und Schlafen

- Ruhe und Schlaf ohne Probleme
- zu Bett gehen gegen \_\_\_\_\_ Uhr
- Aufstehen gegen \_\_\_\_\_ Uhr
- Toilettengänge gegen \_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_ Uhr
- nächtliche Unruhe

Einschlafgewohnheiten

Einschlafstörungen, hilfreich ist

## Atmung

- Raucher:in
- Nichtraucher:in

Beeinträchtigung der Atmung bei

- Heimsauerstoff
- mitgebracht

zu beachten / Besonderheiten

## An- und Auskleiden

- selbstständig
- Lieblingskleidung \_\_\_\_\_
- Unterstützung notwendig bei

zu beachten / Besonderheiten

## Essen

- selbstständig
- benötigt Hilfestellung bei \_\_\_\_\_

spezielles/bevorzugtes Besteck

bevorzugte Speisen

spezielles Vorbereiten

Zwischenmahlzeiten

Diät, Unverträglichkeiten

Risiken, z.B: Verschlucken

## Trinken

- selbstständig

spezielles/bevorzugtes Trinkgefäß

bevorzugte Getränke

tägliche Trinkmenge \_\_\_\_\_ ml

Risiken, z.B: Verschlucken

zu beachten/ Besonderheiten/ Abneigungen

Gewichtsverlauf in den letzten 3 Monaten

- gleichbleibend
- zugenommen
- abgenommen

