



# Gut vorbereitet ins Krankenhaus

Dieser Informationsbogen kann Sie dabei unterstützen dem betreuenden Personal Ihre Interessen, Gewohnheiten und Bedürfnisse mitzuteilen, falls eine persönliche Weitergabe im Bedarfsfall nicht bzw. erschwert möglich ist.

Der Aufenthalt in unserem Krankenhaus kann erleichtert werden, wenn uns wesentliche persönliche Informationen von Anfang an vorliegen. Daher bitten wir Sie oder Ihre/ Ihren Angehörigen (Bezugsperson), nach Möglichkeit diesen Bogen vor der Aufnahme auszufüllen und mitzubringen. Der Informationsbogen soll Ihren aktuellen Alltag abbilden.

Dieser Fragebogen wird als Teil Ihrer Krankengeschichte elektronisch archiviert und kann zu einem späteren Zeitpunkt wieder herangezogen werden. Die Informationen zu ihrer Person unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt.

*Wir freuen uns, wenn Sie sich einbringen  
und uns aktiv helfen Ihren Aufenthalt mitzugestalten.*

Haben Sie daran gedacht, die Medikationsliste auszufüllen?

Haben Sie daran gedacht, die Checkliste für den Krankenhausaufenthalt auszufüllen?

Download unter [www.demenz-tirol.at](http://www.demenz-tirol.at)

Ausfülldatum: \_\_\_\_\_



## Informationsbogen

Ausgefüllt von (Name)

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

Ausgefüllt am

## Kontaktperson/en

Wer soll verständigt werden? (Name)

- (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

## Wichtig im Kontakt

Muttersprache / Dialekt

Regionale Herkunft / Heimat

Beruf / ehemaliger Beruf

diese Situationen / Personen sind angstausslösend

## Interessen/ Beschäftigung

Haustiere (Welche?)

Musikgeschmack / Stilrichtung / Radiosender (Welche?)

Fernsehgewohnheiten (Welche?)

## Die Patientin / der Patient

Name

Anschrift

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

Telefon

Patientenverfügung  ja  nein

Vorsorgevollmacht  ja  nein

Erwachsenenvertretung  ja  nein

### Vertretung in folgenden Angelegenheiten:

- Vertretung in einem Gerichtsverfahren  
 Verwaltung der Einkünfte und/oder des Vermögens  
 Vertretung bei Rechtsgeschäften  
 Vertretung für medizinische Behandlung  
 Sonstige Angelegenheiten

Name / Telefon \_\_\_\_\_

## Ambulante Hilfsdienste

Art der Unterstützung (z.B. beim Einkaufen, im Haushalt ...)

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

Ist Ihnen Ihr Glaube/Spiritualität wichtig?  ja  nein

Seelsorgerischer Besuch erwünscht  ja  nein

Ehrenamtlicher Besuchsdienst erwünscht  ja  nein

Bitte mit diesem Namen ansprechen

Hobbys (Welche?)

beliebte Gesprächsthemen (Welche?)

# Verstehen von Sprache

## Sprachverständnis

- vollständig erhalten
- weitgehend erhalten
- kurze Fragen werden verstanden
- sehr eingeschränkt, nur prägnante Worte
- Gesten werden verstanden
- Reagiert auf Ansprache mit Blickkontakt
- Fehlt

## Mobilität/ Transfer

- Gehen ohne Hilfsmittel / selbstständig
- Gehen mit Hilfsmittel \_\_\_\_\_  
mitgebracht  ja  nein
- brauche/ braucht \_\_\_\_\_ Hilfspersonen beim Gehen
- Stürze in der Vergangenheit  
In welcher Situation? \_\_\_\_\_
- braucht Unterstützung beim Aufsitzen
- braucht Unterstützung beim Umsetzen von Bett auf Stuhl
- Erhöhter Bewegungsdrang
- Verstärktes Bedürfnis den Ort zu verlassen

## Hilfsmittel und Kommunikation

### Einschränkungen Sehen

- keine  schwer  leicht
- Brille
- Welche Art der Unterstützung ist notwendig?  
\_\_\_\_\_

## Medikamente – Einnahme

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

## Schmerzen

Schmerzäußerung  ja  nein  
\_\_\_\_\_

Wie werden Schmerzen mitgeteilt?  
(z.B. verbal, über das Verhalten)

Sind Schmerzen vorbekannt?  ja  nein

## Sprechfähigkeit

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

## Nähe und Distanz

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

### Einschränkungen Hören

- leicht  schwer  keine
- Hörgerät  rechts  links
- Welche Art der Unterstützung ist notwendig?  
\_\_\_\_\_

Medikamentenliste beiliegend  ja  nein  
\_\_\_\_\_

Tipps, um die Einnahme zu erleichtern?  
\_\_\_\_\_

Lokalisation  
\_\_\_\_\_

Was bringt Linderung?  
\_\_\_\_\_

## Rituale und Gewohnheiten im Tagesablauf

\_\_\_\_\_  
Morgens, z. B. zuerst Frühstück

\_\_\_\_\_  
Mittags, z. B. Ruhepause

\_\_\_\_\_  
Abends, z. B. Rituale, Getränke, Geschichten

\_\_\_\_\_  
Nachts, z.B. Fernsehen, Lesen im Bett

## Ruhe und Schlafen

- Ruhe und Schlaf ohne Probleme
- zu Bett gehen gegen \_\_\_\_\_ Uhr
- Aufstehen gegen \_\_\_\_\_ Uhr
- Gibt es gewohnte Toilettenzeiten in der Nacht?  
\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_ Uhr
- nächtliche Unruhe

## Atmung

- Raucher:in
- Nichtraucher:in

\_\_\_\_\_  
Beeinträchtigung der Atmung bei  
(z.B. Treppensteigen, Stresssituationen)

## Essen

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

\_\_\_\_\_  
spezielles/bevorzugtes Besteck

\_\_\_\_\_  
bevorzugte Speisen

\_\_\_\_\_  
Abneigungen gegenüber Speisen

\_\_\_\_\_  
spezielles Vorbereiten

\_\_\_\_\_  
Zwischenmahlzeiten

\_\_\_\_\_  
Diät, Unverträglichkeiten

\_\_\_\_\_  
Risiken, z.B: Verschlucken

## Angst und Sorgen

Gibt es Sorgen?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Was kann Sorgen lindern?

Gibt es Ängste?  ja  nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_  
Was kann Ängste lindern?

\_\_\_\_\_  
Schlafgewohnheiten (z.B. Rückenschläfer, dunkler Raum)

\_\_\_\_\_  
Einschlaffördernde Maßnahmen

## An- und Auskleiden

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

\_\_\_\_\_  
zu beachten / Besonderheiten

## Trinken

- selbstständig

\_\_\_\_\_  
spezielles/bevorzugtes Trinkgefäß

\_\_\_\_\_  
bevorzugte Getränke

\_\_\_\_\_  
Abneigungen gegenüber Getränke

\_\_\_\_\_  
tägliche Trinkmenge \_\_\_\_\_ ml

\_\_\_\_\_  
Risiken, z.B: Verschlucken

\_\_\_\_\_  
zu beachten/ Besonderheiten/ Abneigungen

\_\_\_\_\_  
Gewichtsverlauf in den letzten 3 Monaten

- gleichbleibend
- zugenommen
- abgenommen

## Körperpflege

- selbstständig  
 teilweise Hilfestellung bei \_\_\_\_\_  
 völlig auf Hilfe angewiesen

Vorlieben: am Waschbecken, Duschen, Baden

## Mund-/ Zahnpflege

### Prothese

regelmäßig in Verwendung  ja  nein

Oberkiefer:  Vollprothese  Teilprothese

Unterkiefer:  Vollprothese  Teilprothese

Tipps, um die Körperpflege zu erleichtern?

Zeitpunkt und Häufigkeit der Körperpflege

Abneigungen

Werden Prothesen für die Nacht herausgenommen?

ja  nein

Gewohnheiten Mundpflege

Tipps, um die Mundpflege zu erleichtern

## Ausscheiden

Wie wird Bedürfnis nach Toilettengang kommuniziert (z.B. verbal, non-verbal)?

### Harn

- selbstständig  
 Toilette wird erkannt  
 Begleitung zur Toilette notwendig  
 auf Toilette nicht alleine lassen  
 Harninkontinenz  
 nur in der Nacht inkontinent  
 feste Toilettenzeiten untertags: \_\_\_ Uhr \_\_\_ Uhr \_\_\_ Uhr  
 Hilfsmittel (z. B. Urinflasche, Urinal, Einlage)

Dauerkatheter / Harnkatheter  Blasenfistel

wenn zutreffend: seit wann: \_\_\_\_\_

letzter Wechsel am: \_\_\_\_\_

### Allergien / Unverträglichkeiten

### Hautveränderungen/ Verletzungen/ Wunden

### Akute Verwirrtheit bei einem vorherigen Krankenhausaufenthalt

### Stuhl

selbstständig  regelmäßig  unregelmäßig

Stuhlinkontinenz

Hilfsmittel (z. B. Einlage)

Besonderheiten/Gewohnheiten

Tipps im Umgang mit dem Thema Ausscheidungen

Ein Krankenhausbesuch steht kurz bevor. Bitte vermerken Sie hier Beobachtungen der letzten Tage und wichtige Hinweise zur aktuellen Situation (Gesundheitszustand, Betreuungssituation, Besonderheiten ...).

Datum \_\_\_\_\_

Den Informationsbogen finden Sie zum Download auf unserer Website [www.demenz.tirol-kliniken.at](http://www.demenz.tirol-kliniken.at).