

INFORMATIONSBogen FÜR ANGEHÖRIGE



bei Aufnahme ins Krankenhaus

Patient/in:

Patient/in

Wohnsituation

Herkunft / Muttersprache

ehem. Beruf

Interesse / Hobbys / Religion

Besteht bei Ihrem Angehörigen ein erhöhter Bewegungsdrang?

ja

nein

Ansprechpartner

Name

Telefonnummer

Adresse

Gesetzlicher Vertreter / Betreuer / Telefonnummer

Einschränkungen

Sehen

leicht

schwer

Brille vorhanden

Hören

leicht

schwer

Hörgerät vorhanden

R

L

Sprachverständnis

erhalten

kurze Fragen werden verstanden

sehr eingeschränkt

fehlt

Gesten werden verstanden

Sprach- und Sprechfähigkeit

erhalten

sehr eingeschränkt

kurze Sätze können gebildet werden

Kommunikation

Um einen Bezug zu Ihrem Angehörigen herzustellen, möchten wir wissen mit welchem Namen wir ihn ansprechen sollen?

Ablehnendes Verhalten

nein

ja, bei

Ängste

Bestehen bei Ihrem Angehörigen Ängste und wenn ja welche?

Körperpflege

selbstständig

eingeschränkt selbstständig

Hilfe bei:

komplette Übernahme durch Hilfsperson

Ausscheidung

kontrollierte Stuhl- und Harnausscheidung

unkontrollierte Urin Stuhl Ausscheidung

Hilfsmittel zur Ausscheidung:

INFORMATIONSBOGEN FÜR ANGEHÖRIGE



bei Aufnahme ins Krankenhaus

Patient/in:

Schlafgewohnheiten

Tag-Nacht-Rhythmus vorhanden? ja nein

Durchschnittliche Schlafdauer am Tag:
Durchschnittliche Schlafdauer in der Nacht:
Einschlafrituale
.....
.....

Tagesablauf

Morgens:
.....
.....
.....
.....

Mittags:
.....
.....
.....
.....

Abends:
.....
.....
.....
.....

Ernährung

selbstständig
 eingeschränkt selbstständig

Hilfe bei:
.....
.....
.....
.....

komplett Übernahme durch Hilfsperson
 bevorzugte Speisen / Getränke

Abneigung

Kleidungswechsel

selbstständig
 eingeschränkt selbstständig

Hilfe bei:
.....
.....
.....
.....

komplett Übernahme durch Hilfsperson
 Vorlieben

Abneigung

Welche Anliegen sind Ihnen noch wichtig?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....