

Spezieller Überleitungsbogen für Menschen mit Demenz

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Bezugsperson/Betreuer: _____ Pflegegrad: _____

Erstdiagnose der Demenz ca.: _____

Orientierung vorhanden: Zeitlich Örtlich Situativ zur eigenen Person

Mini-Mental-Status (falls verfügbar): _____ Punkte (max. 30), durchgeführt am _____

Verwendete Hilfsmittel: Gehstützen Rollator Brille Hörgerät Toilettenstuhl Einlagen InkontinenzmaterialBesondere Umstände: Zahnprothese oben Zahnprothese unten Inkontinenzmaterial Unruhe Aggressivität Weglauftendenz Bewegungsdrang Halluzinationen Suizidgefahr Abwehrverhalten Schmerzen Sonstiges: _____Motorische Einschränkungen: nein ja, welche: _____Nahrungsmittelunverträglichkeiten /
Allergien: _____

Funktionseinschränkungen

Sprachverständnis

- Sprachverständnis ist weitgehend erhalten
- nur kurze Fragen werden verstanden
- Sprachverständnis sehr eingeschränkt
- Sprachverständnis fehlt
- Gesten werden verstanden

Sprach- und Sprechfähigkeit

- weitgehend erhalten
- kurze Sätze können gebildet werden
- sehr eingeschränkt
- keine sinnvolle verbale Äußerung möglich

Essen und Trinken

- Prothese vorhanden
- Isst und trinkt selbstständig
- Isst selbstständig, jedoch sehr langsam
- Ansprache und Erinnerung zum Essen erforderlich
- Benötigt Hilfe und Unterstützung beim Essen
- Gefahr des Verschluckens
- Abneigung gegen bestimmte Speisen:

Körperpflege

- weitgehend selbstständig
- Erinnerung zur Körperpflege notwendig
- Unterstützung erforderlich beim
 - Waschen Duschen Baden
 - Rasieren Kämmen
- toleriert Intimpflege
- Abwehrendes Verhalten bei:

Ausscheidungen

- Sucht Toilette selbstständig auf
- Unterstützung beim Toilettenbesuch erforderlich
- Harnblaseninkontinenz
- Stuhlinkontinenz
- Windel oder Inkontinenzmaterial erforderlich
- auf Toilette nicht alleine lassen
- Katheter, letzter Wechsel:

Ankleiden

- eigenständig
- teilweise Hilfe
- vollständige Hilfe
- Abwehrendes Verhalten bei:

Sehfähigkeit

- eingeschränkt rechts links
 Brille vorhanden
 erblindet

Hörvermögen

- eingeschränkt rechts links
 Hörgerät vorhanden
 taub

Stimmung und Verhalten

Nähe und Distanz

- Reagiert positiv auf Körperkontakt
 Braucht Blickkontakt
 Hält lieber Distanz
 Toleriert nur gleichgeschlechtliche Pflegekraft
 Reagiert abwehrend bei:

Verhalten bei Nacht

- Schlaf ohne Probleme
 Einschlafstörungen
 nachts unruhig
 steht nachts auf (gestörter Tag-/Nachtrhythmus)

Angstauslösende Faktoren

- Dunkelheit
 Alleine sein
 Eingesperrt sein

Verhalten in Stress-Situationen

- schreien schlagen spucken
 weglaufen lachen singen
 Apathie Rückzug

Verhalten bei Schmerzen

- Unruhe Aggressivität (Abwehr)
 Wimmern Stöhnen
 Berührungsempfindlichkeit
 Verweigerung von Essen oder Trinken

- stereotype Bewegungsabläufe
 Schreien
 Teilnahmslosigkeit, Rückzug
 Auffälligkeiten bei starken Schmerzen:

Einflussmöglichkeiten

Wichtig im Kontakt mit dem Patienten ist

- Hört gerne Muttersprache, Dialekt; welche(n): _____
 Bezugnahme auf regionale Herkunft oder Religion
woher: _____ welche: _____
 Bezugnahme auf frühere Berufstätigkeit oder Hobbies
Beruf(e): _____ Hobbies: _____

Gewohnheiten im Tagesablauf

- Ruhepause(n): vormittags mittags nachmittags
 Zu-Bett-geh-Rituale: _____
 Hört Musik, Fernsehen; was: _____

Wünsche und Vorlieben

- Lieblings Speisen: _____
 Lieblingskleidung: _____
 Musik: _____

Weitere wichtige Informationen

Ausgestellt am

Stempel und Unterschrift des Arztes

Allgemeine Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten durch das Landratsamt Erding und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten können Sie im Internet unter <https://www.landkreis-erding.de/datenschutzinformationen/> abrufen. Diese Informationen erhalten Sie bei Bedarf auch von den jeweiligen Sachgebieten vor Ort.