

<b>Patient/in:</b>	Lieselotte Schneider	<b>Datum:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	11.12.1938	<b>Aufnahme:</b>	
<b>Diagnose:</b>	Demenz und Astigmatismus		

**Punkte zu beachten im 1. Teil:** 3

Gewohnheiten - Wünsche - Ressourcen	Hilfebedarf	Hilfeform
<p><b>3. Vitale Funktionen aufrechterhalten</b></p> <p>Wird regelmäßig Blutdruck gemessen? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Tragen Sie Kompressionsstrümpfe? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Welche Zimmertemperatur ist Ihnen angenehm? 26 Grad</p> <p>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ein, ggf. welche? Ledopova</p> <p>Brauchen Sie Hilfe bei der Medikamentenversorgung? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>zweimal täglich Hilfestellung Pflegepersonal erwünscht friert leicht, hat ständig kalte Füße <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein im Sommer nur gekipptes Fenster Kann Bronchialsekret schlecht ab husten <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p><b>B</b></p> <p><b>TÜ</b></p>

**Punkte zu beachten im 2. Teil:**

<b>4. Sich Pflegen</b>		
Haben Sie Vorlieben im Bereich der Körperpflege? Welche? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> duschen <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> baden	
Welche Körperpflegemittel benutzen Sie?	<input checked="" type="checkbox"/> Seife <input checked="" type="checkbox"/> Shampoo u. <input type="checkbox"/> Pflegespülung	
Wie oft waschen Sie Ihre Haare? 1 x pro Woche	alle 6 Wochen Friseur	
Benötigen Sie Hilfe bei der Fußpflege? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	ggf. Termin Fußpflege vereinbaren	

**Punkte zu beachten im 3. Teil:**

<b>8. Ruhen und Schlafen</b>		
Halten Sie einen Mittagsschlaf? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen <input checked="" type="checkbox"/> Durchschlafstörungen <input type="checkbox"/> psychische	
Wenn ja, wie lange?	<input type="checkbox"/> Krankheitsbedingte <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> Schlafstörungen	
Nehmen Sie Medikamente zum Schlafen? gelegentlich Coffea D4	<input type="checkbox"/> hat gestörten Tag/Nacht-Rhythmus	

**Punkte zu beachten im 4. Teil:**

<b>9. Sich beschäftigen</b>		
Im welchem Beruf haben Sie gearbeitet? Beamtin		
Womit haben Sie sich gerne beschäftigt? Lesen, Bienen, Garten		
Wie sieht Ihr Tagesablauf aus? geregelt, Aufstehen ab 6:30 Uhr		
Wünschen Sie Hilfe bei der Gestaltung des Tagesablaufes? nein, aber gerne Mitarbeit im Garten		

**Punkte zu beachten im 5. Teil:**

B = Beaufsichtigung A = Anleitung TÜ = Teilübernahme vÜ = vollständige Übernahme