Patient/in:	Lieselotte Schneider	**Datum:**	
Geburtsdatum:	11.12.1938	**Aufnahme:**	
Diagnose:	Demenz und Astigmatismus		

Punkte zu beachten im 1. Teil: 3

Gewohnheiten – Wünsche – Ressourcen	**Hilfebedarf**	**Hilfeform**
3. Vitale Funktionen aufrechterhalten		
Wird regelmäßig Blutdruck gemessen? ☑ ja ☐ nein	zweimal täglich	
Tragen Sie Kompressionsstrümpfe? ☑ ja ☐ nein	Hilfestellung Pflegepersonal erwünscht friert leicht, hat ständig kalte Füße ☑ ja ☐ nein	**B**
Welche Zimmertemperatur ist Ihnen angenehm? 26 Grad	im Sommer nur gekipptes Fenster	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, ggf. welche? ☑ ja ☐ nein Ledopova	Kann Bronchialsekret schlecht abhusten ☑ ja ☐ nein	
Brauchen Sie Hilfe bei der Medikamentenversorgung? ☑ ja ☐ nein		**Tü**
Punkte zu beachten im 2. Teil:		
4. Sich Pflegen		
Haben Sie Vorlieben im Bereich der Körperpflege? Welche? ☑ ja ☐ nein	☑ morgens ☑ duschen ☐ abends ☐ baden	
Welche Körperpflegemittel benutzen Sie?	☑ Seife ☑ Shampoo u. Pflegespülung	
Wie oft waschen Sie Ihre Haare? 1 x pro Woche	alle 6 Wochen Friseur	
Benötigen Sie Hilfe bei der Fußpflege? ☑ ja ☐ nein	ggf. Termin Fußpflege vereinbaren	
Punkte zu beachten im 3. Teil:		
8. Ruhen und Schlafen		
Halten Sie einen Mittagsschlaf? Wenn ja, wie lange? ☐ ja ☑ nein	☐ Einschlafstörungen ☑ Durchschlafstörungen	
Nehmen Sie Medikamente zum Schlafen? gelegentlich Coffea D4 ☑ ja ☐ nein	☐ psychische Schlafstörungen ☐ Krankheitsbedingte Schlafstörungen ☐ hat gestörten Tag/Nacht-Rhythmus	
Weitere Gewohnheiten (Belüftung, Beleuchtung) offenes Fenster im Sommer		
Punkte zu beachten im 4. Teil:		
9. Sich beschäftigen		
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*

LIVEWORKSHEETS